



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**JOSÉ EDIR PAIXÃO DE SOUSA**

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO E SUICÍDIOS EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA  
PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ: MAGNITUDE, PERFIL E FATORES  
ASSOCIADOS, 2000 A 2014**

**FORTALEZA**

**2016**

**JOSÉ EDIR PAIXÃO DE SOUSA**

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO E SUICÍDIOS EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA  
PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ: MAGNITUDE, PERFIL E FATORES  
ASSOCIADOS, 2000 A 2014**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho.

**FORTALEZA**

**2016**

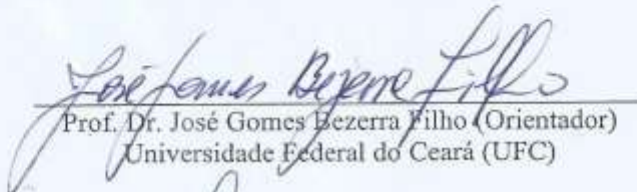
JOSÉ EDIR PAIXÃO DE SOUSA

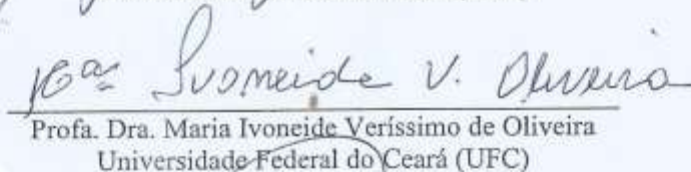
TENTATIVAS DE SUICÍDIO E SUICÍDIOS EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA  
PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ: MAGNITUDE, PERFIL E FATORES  
ASSOCIADOS, 2000 A 2014

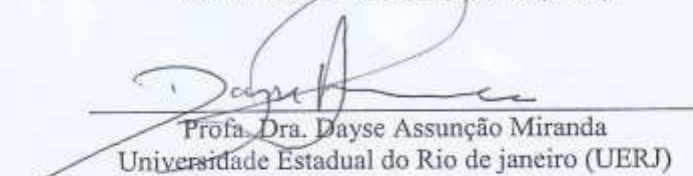
Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

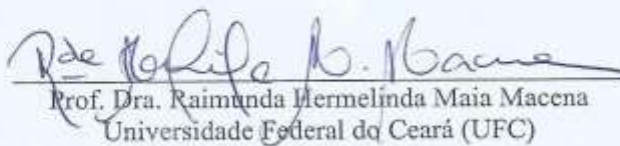
Aprovado em: 26/08/2016

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

  
Profa. Dra. Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

  
Profa. Dra. Dayse Assunção Miranda  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

  
Prof. Dra. Raimunda Hermalinda Maia Macena  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo autor

---

S697t Sousa, José Edir Paixão de.  
Tentativas de suicídio e suicídios em profissionais de Segurança Pública do  
Estado do Ceará: magnitude, perfil e fatores associados, 2000 a 2014/ José Edir Paixão de  
Sousa.-2016. 198f. :il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de  
Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho

1. suicídio 2. tentativa de suicídio. 3. saúde pública. 4. segurança pública. I. título.

CDD 610

---

*Aos queridos Emmanuel e Misael (In  
memoriam).*

*A todos profissionais de segurança  
pública que tombaram vítimas das  
próprias mãos.*

## AGRADECIMENTOS

Endereçar agradecimentos suscita a possibilidade de esquecer alguém. Diante de inúmeras pessoas que ajudaram direta e indiretamente na elaboração desta obra, não conseguirei lembrar-me de todos, logo, peço desculpas aos amigos e amigas que porventura não foram citados, mas saibam que se forem esquecidos diante dos homens, jamais o serão diante de Deus, que tudo vê e tudo sabe e, onipotente, retribuirá a altura a boa obra de seus filhos, em qualquer lugar do universo.

A Ele, o criador de todas as coisas, de onde emana a vida, o maior entre todos os bens, o nosso primeiro e profundo agradecimento.

Aos meus pais: D. Rosa e Sr. Edvar (meus primeiros professores), a minha amada esposa Évna (quem mais sofreu e torceu junto comigo pelo sucesso deste trabalho), ao meu irmão Eder (meu exemplo de trabalho e solidariedade), aos meus filhos Maria Luiza e Pedro Eder (pelos quais procuro contribuir na construção de um mundo melhor), a minha madrinha Cáritas, a minha sogra D. Aldaléia (revisora gramatical e textual desta obra), ao meu sogro José Bezerra (companheiro de tabulação de nosso banco de dados), em nome dos quais expresso a sincera gratidão a todos os demais membros da família, pelo suporte e pela renúncia de tantas horas de dedicação furtadas da convivência familiar.

Às queridas Jaqueline Borges, Maria Virgulino, Maria Matos, D. Mazé e D. Raimunda que tão bem cuidam da nossa família e do nosso lar, tendo papel decisivo para que eu tivesse tempo e serenidade para concluir esta obra.

Ao governador do Estado do Ceará, Camilo Santana, por estar aberto ao diálogo com os profissionais de segurança pública desde o primeiro dia de seu mandato.

Ao Secretário de Segurança Pública, Dr. Delci Teixeira, que assinou a anuência de nossa pesquisa sobre tão delicado, sensível e polêmico tema, mostrando não temer os resultados desta dissertação, ao contrário, querendo saber sobre a magnitude e a natureza do fenômeno do suicídio na segurança pública cearense, a fim de poder melhor gerir a SSPDS.

Aos ilustres amigos CEL QOPM Pinheiro, Comandante Geral da PMCE (meu colega de especialização em Direitos Humanos - UFC), CEL Gurgel e CEL Heraldo, dois irmãos de farda que sempre souberam ser comandantes, sem nunca deixar fenecer nossa amizade, ajudando-me a frequentar as aulas do mestrado, por acreditarem que segurança pública não se faz só com músculos, mas prioritariamente com neurônios, ao Dr. Andrade Jr., pela receptividade em abrir as portas da PCCE ao nosso estudo e ao Dr. Renato Evando, coordenador de Medicina Legal da PEFOCE e professor da UFC, pela confiança que

demonstrou na seriedade do nosso trabalho e por sua revisão e sugestões sobre nosso projeto de pesquisa.

Ao professor José Gomes Bezerra Filho, meu orientador, que exemplificou pacientemente, nesses dois anos e meio de mestrado, a maior e melhor lição que um homem de ciência pode dar a seus discípulos: a sabedoria da humildade diante da infinidade de saberes e da complexidade do mundo real.

A minha professora do jardim I da infância, D. Fátima, aquela que me ensinou as primeiras letras, pois ninguém realiza uma longa caminhada sem dar antes o primeiro passo.

À amiga Dr<sup>a</sup> Maria Ivoneide Verissimo de Oliveira, pelo incentivo constante e parceria na luta de prevenção ao suicídio. Sua energia maravilhosa e seu exemplo pessoal são irradiantes e motivadores a todos aqueles que a rodeiam.

À Dr<sup>a</sup> Debora Tonet, ao seu esposo Prof. Wladimir e a amiga Clara que abraçaram a causa desta pesquisa, ajudando-me sem medir esforço, tempo ou lugar no levantamento de dados das tentativas de suicídio da SSPDS. A eles, minha sincera gratidão e amizade

À Dr<sup>a</sup> Rosa Salani, por todas as tardes de planejamentos e de revisões estatísticas que realizamos juntos. Ao me ajudar desinteressadamente fez com que eu esteja em dívida com aqueles que me procurem, no futuro, com os mesmos anseios e sede de conhecimento.

Às Dr<sup>a</sup> Dayse Miranda e Dr<sup>a</sup> Hermelinda Maia, por dedicarem seu preciso tempo na revisão e melhoria deste trabalho, enriquecendo esta dissertação com suas experiências pessoais na área de prevenção às violências.

Ao Coordenador de Célula da Seplag-CE, Ilmo. Sr. Fábio Miranda, bem como sua equipe de trabalho, pelo pronto atendimento dos dados solicitados para execução desta obra.

A todos os amigos do mestrado, acadêmicos, funcionários, corpo docente e discente, especialmente a Sr<sup>a</sup> Zenaide, a Sr<sup>a</sup> Dominik, Prof. Luciano, Prof<sup>a</sup> Raquel Rigotto, Prof. Regina, Prof<sup>a</sup> Cecília Minayo, Prof. Alberto Novaes, Prof. Gil Jacó, Prof. Fábio (PRAVIDA), Pablo (UERJ), Prof. Carlos Henrique, Prof<sup>a</sup> Regina Feitosa, Edgar, Paula Bruno, Lívia, Naianny, Jarli, Marcos Silva, Marcos, Rafael Sucupira, Isadora, Hesly, Max, Guilherme, Bruno, Vicente, Malena, Vanessa, Rita, Suzy, Verdiane, Camila, Carol Torres, Wesley, Tylla, Thay, Herley, Ana Luisa, Karla Negreiros, Paulo Reinério.

Aos irmãos do ideal espírita-cristão que trabalham na seara da prevenção ao suicídio: Sr. José Maria, Elyta, Val, César, Aparecida, Tide, Allan Denizard (revisor do meu anteprojeto de pesquisa), Josy Sampaio (que me avisou da data de inscrição do mestrado, orientando-me nos estudos do teste de admissão e emprestando-me seus livros e sua experiência sem os quais eu não teria conseguido minha aprovação), Reginauro Sousa, Naira,

Nielly, Jacinto, Mateus, Sávio, Larissa, Lucas, Jucá, Nem, Ana Lúcia, Jô, Diassis, Romário, Bruna, Nunus, Leonardo e tantos outros que, escondidos aos olhos da sociedade, estendem as mãos a ajudar ao próximo.

Aos amigos da Segurança Pública: Padre Chagas, CEL Duarte Frota, CEL Josileno, CEL Carlos Viana, CEL Marcelo, CEL Holanda, CEL Tertuliano, TC Saimon, TC Paulo Simões, TC Plauto, TC Aías, TC Bruno, TC Zelio, TC L. Claudio, TC Nijair, TC Teógenes (CIOPS), TC Wagner Maia, MAJ Jectan, MAJ M. Albert, MAJ Osvaldo, MAJ Leoni, MAJ Sílvio, CAP Cristiane Paixão (RJ), CAP Letícia Freire (RJ), CAP Diógenes Munhoz (SP), CAP Alan Lúcio, TEN Nara, TEN Valeria Gischewski, Tenente Jorge, ST Luciano, SD Tiago Dr<sup>a</sup> Sônia Regina, Dr<sup>a</sup> Onélia, Dr<sup>a</sup> Regina Azevedo, Dr<sup>a</sup> Luiza Oliveira, Dra Georgia Porto, Sr<sup>a</sup> Marilace Sr. Ursolino.



“Do rio que tudo arrasta se diz que é violento, mas ninguém diz violentas as margens que o comprimem.”  
(Bertolt Brecht)

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi caracterizar a magnitude, perfil e os potenciais fatores associados a suicídios e tentativas de suicídio, praticados por profissionais de segurança pública do Estado do Ceará. O método de pesquisa foi identificar os casos de suicídios desses profissionais ocorridos do Estado do Ceará no período de 2000 a 2014 (quinze anos) e elaborar uma série histórica, calcular as taxas de suicídio, os anos potenciais de vida perdidos e descrever a distribuição de frequência. Para as tentativas de suicídio, o período foi de 2010 a 2014 (cinco anos), além do levantamento de tentativas desses profissionais em uma série de casos, houve a descrição de distribuição de frequência, os cálculos de taxas de tentativas e associações estatísticas para múltiplos casos e casos consumados (suicídios). Os resultados da pesquisa indicaram  $n=57$  suicídios no período estudado, uma taxa de suicídios nos profissionais de segurança pública (por 100mil), padronizada por sexo masculino e faixa etária adulta de 23,9 enquanto a taxa padronizada da população cearense, também para o sexo masculino e adultos foi de 14,4, diferença estatisticamente significativa,  $p = 0,03$ . Para as taxas gerais (não padronizadas), o risco relativo de suicídio médio do período foi  $RR= 4,2$  vezes maior para os profissionais de segurança pública frente à população do Estado do Ceará. Em relação à taxa padronizada de suicídios o  $RR = 1,7$ . O perfil de suicidas da Segurança Pública foi: casados 35 (61,4%), meia idade 36 (63,2%), homens 56 (98,2%), baixa escolaridade 36 (63,2%), baixa renda 43 (75,4%), policial militar 50 (87,7%), baixa patente 43 (75,4%), serviço operacional 37 (64,8%), arma de fogo como instrumento de suicídio 42 (73,7%). Para tentativas de suicídio houve  $n=173$  tentativas praticadas por 107 profissionais. Isso porque alguns profissionais tentaram suicídio mais de uma vez no período. A associação para múltiplas tentativas apresentou variáveis significativas: transtorno de personalidade  $p = 0,01$   $RR = 2,7$ , internado em hospital psiquiátrico  $p=0,01$   $RR 1,8$ , adicção  $p=0,02$   $RR 2,0$  e depressão  $p=0,00$   $RR=4,3$ . A associação para suicídio consumado mostrou significativas: idoso  $p=0,00$   $RR 6,5$ , baixa renda  $p=0,03$   $RR=2,5$ , reserva/aposentadoria  $p=0,00$   $RR =6,1$ , arma de fogo  $p=0,00$   $RR 3,9$ . No entanto, o ensino superior mostrou ser fator protetivo  $p=0,01$   $RR = 0,13$ . Conclui-se que os profissionais de segurança pública formaram um grupo vulnerável para o suicídio no período estudado, que essa vulnerabilidade afeta a saúde pública e a segurança pública, que os fatores de risco para o suicídio são semelhantes aos da população mundial, exceção ao estado civil, ao uso de arma de fogo e à idade. Sugeriu-se que ações de prevenção aos casos de suicídio devem ser executadas tais como palestras sobre o tema, fortalecimento dos setores de saúde da segurança pública, monitoramento dos suicídios e das tentativas com notificação urgente e interligada aos setores de vigilância em saúde do estado e da federação.

**Palavras-chaves:** suicídio, tentativas de suicídio, Saúde Pública, Segurança Pública.

## ABSTRACT

This study aims at characterizing the magnitude, the profile and the potential factors associated to suicides and suicide attempts committed by public safety professionals in the Ceará State, Brazil. The research method was identifying cases of suicides in those professionals from Ceará in the period 2000-2014 (fifteen years) and elaborating a historical series, calculating suicide rates (SR), years of potential life lost (YPLL) and describing the frequency distribution. For suicide attempts, the period was from 2010 to 2014 (five years), the estimation of suicide attempts of those professionals was shown on a case series, there was the description of the frequency distribution, estimation of suicide attempt rates (SAR) and statistical associations for multiple cases of attempts and suicides. The research results indicated  $n = 57$  suicides during the study period, the SR (by 100.000) (directly standardized by male gender and adult age) in public safety professionals was 23.9 while for the State's population (male and adult) was 14.4 showing statically difference  $p = 0.03$ . For general rates (no standardized) the average of relative risk (RR) about suicide in the period was 4.2 (comparison of public safety professionals to Ceará State's population). RR for directly standardized rates (between the same two groups) was 1.7, during the same period (2000-2014). Suicidal profile was: married 35 (61.4%), middle-aged 36 (63.2%), 56 men (98.2%), low level of education 36 (63.2%), low income 43 (75.4%), military police 50 (87.7%), low-rank 43 (75.4%), operational service 37 (64.8%), firearm as a suicide tool 42 (73.7%). For suicide attempts the sample was  $n = 173$  attempts committed by 107 professionals. That was explained because some professionals have tried suicide more than once during this period. The Association for multiple attempts showed significant variables: personality disorder  $p = 0.01$ , RR = 2.7, interned in psychiatric hospital  $p = 0.01$ , RR 1.8, addiction  $p = 0.02$ , RR 2.0 and depression  $p = 0.00$ , RR = 4.3. The Association for suicide showed as significant variables: elderly  $p = 0.00$ , RR 6.5, low-income  $p = 0.03$ , RR = 2.5, retirement  $p = 0.00$ , RR = 6.1, firearm  $p = 0.00$ , RR= 3.9. However, protective factor was found for "graduation" educational level  $p = 0.01$ , RR = 0.13. It was concluded that the public security professionals had formed a vulnerable group for suicide during the study period. This vulnerability affects society's public health and public safety. The risk factors for suicide are similar to the world's population, except for marital status, the use of firearms and age. It was suggested that actions to prevent suicide cases should be performed such speeches on the subject, strengthening health sectors of public security institutions, monitoring cases of suicide and suicide attempts to urgent notification as well as connecting those notifications to the health surveillance in state and federal level.

**Key-words:** suicide, suicide attempts, Public Health, Public Safety.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABP</b>	Associação Brasileira de Psiquiatria
<b>ABSP</b>	Anuário Brasileiro de Segurança Pública
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>APVP</b>	Anos Potenciais de Vida Perdidos
<b>BPTUR</b>	Batalhão de Policiamento Turístico do Ceará
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Biopsicossocial
<b>CIOPAER</b>	Coordenadoria Integrada de Operações Aéreas
<b>CIOPS</b>	Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança
<b>CBMCE</b>	Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará
<b>CEASR</b>	Célula de Assistência Social e Religiosa
<b>CEP</b>	Comitê em Ética e Pesquisa
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CID</b>	Cadastro Internacional de Doenças
<b>CIOPS</b>	Coordenadoria Integrada de Ações de Segurança
<b>CICCR</b>	Centro de Comando e Controle Integrado Regional
<b>CP</b>	Código Penal
<b>CSAS</b>	Coordenadoria de Saúde e Assistência Social
<b>CTIC</b>	Coordenadoria de Tecnologia da Informação e Comunicação
<b>DAMPS</b>	Departamento de Assistência Médica e Psicossocial
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Departamento Único de Saúde
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ENEM</b>	Exame Nacional do Ensino Médio
<b>ESE</b>	Evangelho Segundo o Espiritismo
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>GSU</b>	Grupo de Socorro de Urgência
<b>HEAL</b>	Hospital Espírita André Luiz
<b>HGF</b>	Hospital Geral de Fortaleza
<b>HPM</b>	Hospital da Polícia Militar
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IJF</b>	Instituto Doutor José Frota
<b>IML</b>	Instituto Médico Legal
<b>ISSEC</b>	Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará

<b>JBV</b>	Projeto Jovem Bombeiro Voluntário
<b>MJ</b>	Ministério da Justiça
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NFVC</b>	National Volunteer Fire Council
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PCCE</b>	Polícia Civil do Estado do Ceará
<b>PEFOCE</b>	Perícia Forense do Estado do Ceará
<b>PMCE</b>	Polícia Militar do Estado do Ceará
<b>PMERJ</b>	Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro
<b>PMMG</b>	Polícia Militar de Minas Gerais
<b>PMESP</b>	Polícia Militar do Estado de São Paulo
<b>PSBS</b>	Projeto Saúde Bombeiros e Sociedade
<b>PVH</b>	Projeto de valorização da vida
<b>PRAVIDA</b>	Projeto de Apoio à Vida
<b>RMF</b>	Região Metropolitana de Fortaleza
<b>RR</b>	Risco Relativo
<b>SCAT</b>	Sistema de Coordenadoria de Atividades Técnicas
<b>SEPLAG</b>	Secretaria de Planejamento e Gestão
<b>SENASP</b>	Secretaria Nacional de Segurança Pública
<b>SSPDS</b>	Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social
<b>SUPRE</b>	Suicide Prevention Program
<b>SVO</b>	Serviço de Verificação de Óbitos
<b>TEPT</b>	Transtorno de estresse pós-traumático
<b>UFC</b>	Universidade Federal do Ceará
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>WHO</b>	World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura – 1</b>	Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida.....	30
<b>Figura – 2</b>	Fases do suicídio.....	31

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela – 1</b>	Distribuição de frequência das variáveis de profissionais da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social mortos por suicídio, Ceará 2010 a 2014.....	67
<b>Tabela – 2</b>	Anos Potenciais de Vidas Perdidos, profissionais da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	69
<b>Tabela – 3</b>	Efetivo/população total da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014, 2000-2014.....	70
<b>Tabela – 4</b>	Efetivo de profissionais jovens (até 29 anos) da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	71
<b>Tabela – 5</b>	População idosa da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	72
<b>Tabela – 6</b>	População de mulheres da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	73
<b>Tabela – 7</b>	População de homens da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	74
<b>Tabela – 8</b>	Óbitos da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	75
<b>Tabela – 9</b>	Taxas de suicídios da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará (por 100mil), 2000 a 2014.....	76
<b>Tabela – 10</b>	Taxas de suicídios por faixa etária (por 100 mil) da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	77
<b>Tabela – 11</b>	Taxas de suicídios (por 100 mil), no efetivo masculino da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	78
<b>Tabela – 12</b>	Risco relativo das taxas de suicídios (por 100 mil) da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social pelas taxas de suicídios (população geral) (por 100mil) do Estado do Ceará, 2000 a 2014.....	79
<b>Tabela – 13</b>	Taxas de suicídios (por 100 mil) da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, por sexo, 2000 a 2014.....	80
<b>Tabela – 14</b>	Taxa de suicídios padronizadas diretas por sexo da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014.....	81
<b>Tabela – 15</b>	Taxas de suicídio (por 100 mil) do Estado do Ceará por faixa etária,	

	jovens (15-29 anos), meia idade (30-59 anos) e idosos (acima de 60 anos), 2000 a 2014.....	82
<b>Tabela – 16</b>	Taxas de suicídios (por 100 mil) da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, por faixa etária jovens (15-29 anos), meia idade (30-59 anos) e idosos (acima de 60 anos), 2000 a 2014 .....	83
<b>Tabela – 17</b>	Taxa de suicídios padronizadas diretas por faixa etária da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social e da população cearense, 2000 a 2014.....	84
<b>Tabela – 18</b>	Taxas de suicídios (por 100 mil) do Estado do Ceará por sexo masculino e por faixa etária, 2010 a 2014 .....	85
<b>Tabela – 19</b>	Taxas de suicídios (por 100 mil) por sexo masculino e por faixa etária da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Ceará, 2000 a 2014 .....	85
<b>Tabela – 20</b>	Taxa de suicídios padronizadas diretas por sexo masculino e por faixa etária, Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social e população do Ceará, 2000 a 2014.....	86
<b>Tabela – 21</b>	Teste de Wilcoxon Mann-Whitney para taxas de suicídios padronizadas diretas por sexo masculino e por faixa etária, 2000 a 2014.....	87
<b>Tabela – 22</b>	Dados sociodemográficos das tentativas de suicídio, da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	95
<b>Tabela – 23</b>	Dados profissionais das tentativas de suicídio, da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	97
<b>Tabela – 24</b>	Fatores de personalidade das tentativas de suicídio na Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	99
<b>Tabela – 25</b>	Taxa de tentativas de suicídio (por 100 mil), Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	101
<b>Tabela – 26</b>	Taxas de tentativas de suicídio (por 100 mil), na Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (Fortaleza e Região Metropolitana),	



	2010 a 2014.....	102
<b>Tabela – 27</b>	Taxas de tentativas de suicídio (por 100 mil), por sexo, na Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	103
<b>Tabela – 28</b>	Taxas de tentativas de suicídio (por 100 mil) em jovens e não jovens, na Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	103
<b>Tabela – 29</b>	Taxas de tentativas de suicídio (por 100 mil) uma única vez na Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014 .....	104
<b>Tabela – 30</b>	Taxas de tentativas de suicídio (por 100 mil) múltiplas vezes na Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	104
<b>Tabela – 31</b>	Taxa padronizada direta de tentativas de suicídio, por instituição, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social, (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	105
<b>Tabela – 32</b>	Taxa padronizada direta de tentativas de suicídio, por sexo, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social, (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	105
<b>Tabela – 33</b>	Associação de variáveis independentes para múltiplas tentativas, Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	106
<b>Tabela – 34</b>	Associação de variáveis independentes para suicídios consumados, Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (Fortaleza e Região Metropolitana), 2010 a 2014.....	112

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico – 1</b>	Suicídios e taxas de suicídio x anos na Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Ceará, 2000 a 2014.....	88
<b>Gráfico – 2</b>	Taxas padronizadas diretas de suicídio para o Ceará e Secretária de Segurança Pública e Defesa Social, 2000-2014.....	88
<b>Gráfico – 3</b>	Suicídio x Instituições da Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014 .....	89
<b>Gráfico – 4</b>	Suicídios x estado civil, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	89
<b>Gráfico – 5</b>	Suicídio x faixa etária, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	90
<b>Gráfico – 6</b>	Suicídio x escolaridade, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	90
<b>Gráfico – 7</b>	Suicídio x renda salarial , Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	91
<b>Gráfico – 8</b>	Suicídio x patente/título funcional, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	91
<b>Gráfico – 9</b>	Suicídio x tipo de serviço, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	92
<b>Gráfico –10</b>	Suicídio x instrumento utilizado, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	92
<b>Gráfico –11</b>	Suicídio x local da morte, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	93
<b>Gráfico –12</b>	Suicídio x mortes violentas, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	93
<b>Gráfico – 13</b>	Suicídio x todas as causas de morte, Secretária de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, 2000-2014.....	94

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
2.1	Aspectos da história do suicídio.....	27
2.2	Ideação suicida.....	29
2.2.1	Problematização da ideação suicida em profissionais de segurança pública.....	32
2.3	Epidemiologia das tentativas de suicídio.....	33
2.4	Epidemiologia dos suicídios.....	36
2.5	Suicídios nas forças armadas militares.....	39
2.5.1	Relatos de suicídios em profissionais de segurança pública no Brasil .....	41
2.5.2	A necessidade de diálogo e de produção científica sobre o suicídio na segurança pública.....	45
2.6	Prevenção do suicídio.....	47
2.6.1	Percepção de (in)segurança para a prevenção.....	49
2.6.2	Fatores de risco.....	50
2.6.3	Fatores de proteção.....	52
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>53</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>54</b>
4.1	Objetivo geral.....	54
4.2	Objetivos específicos .....	54
<b>5</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>55</b>
5.1	Justificativa pessoal .....	55
<b>6</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>58</b>
<b>6.1</b>	<b>Primeiro capítulo: SUICÍDIO.....</b>	<b>58</b>
6.1.1	Delineamento de estudo .....	58
6.1.2	Local de estudo.....	58
6.1.3	População e amostra.....	58
6.1.3.1	Critérios de inclusão.....	59
6.1.3.2	Critérios de exclusão.....	59
6.1.4	Coleta de dados.....	59
6.1.4.1	Variáveis de estudo.....	59

6.1.4.2	Instrumento.....	60
6.1.5	Análise Estatística.....	60
6.2	<b>Segundo capítulo: TENTATIVAS DE SUICÍDIO.....</b>	61
6.2.1	Delineamento de estudo .....	61
6.2.2	Local de estudo.....	62
6.2.3	População e amostra.....	63
6.2.3.1	Critérios de inclusão.....	63
6.2.3.2	Critérios de exclusão.....	63
6.2.4	Coleta de Dados.....	64
6.2.4.1	.Variáveis de estudo.....	64
6.2.4.2	Instrumento.....	64
6.2.5	Análise Estatística.....	65
6.3	<b>Processamento de Dados .....</b>	65
6.4	<b>Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	65
6.5	<b>Classificação de óbitos e tentativas de suicídio.....</b>	66
7	<b>Resultados do primeiro capítulo.....</b>	67
7.1	Suicídios.....	67
8	<b>Resultados do segundo capítulo.....</b>	95
8.1	Tentativas de suicídio .....	95
9	<b>Discussão do primeiro capítulo: suicídios.....</b>	114
9.1	Taxas de suicídio.....	114
9.2	Anos potenciais de vida perdidos .....	125
9.3	Perfil dos profissionais de segurança pública que cometeram suicídio.....	126
10	<b>Discussão do segundo capítulo: tentativas de suicídio.....</b>	128
10.1	Idade.....	128
10.2	Sexo.....	130
10.3	Estado Civil.....	130
10.4	Escolaridade .....	132
10.5	Raça .....	135
10.6	Religiosidade .....	136
10.7	Morar com família, com crianças e em zona urbana .....	139
10.8	Renda salarial .....	142
10.9	Instituições de Segurança Pública .....	146

10.10	Patente, posto ou título funcional .....	154
10.11	Lotação de Trabalho .....	156
10.12	Tipo de trabalho .....	157
10.13	Tempo de trabalho na segurança pública .....	158
10.14	Uso de arma de fogo e/ou outro meio letal na tentativa de suicídio .....	159
10.15	Maus tratos na infância e violência sexual .....	161
10.16	Transtorno de Personalidade, doenças psiquiátricas, depressão e internamento em hospital psiquiátrico .....	162
10.17	Adicção.....	165
11	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	167
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	171
	<b>APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados</b> .....	186
	<b>ANEXO A – Declaração de óbito</b> .....	188
	<b>ANEXO B – Anuência SSPDS</b> .....	189
	<b>ANEXO C – Anuência PMCE</b> .....	190
	<b>ANEXO D – Anuência PCCE</b> .....	191
	<b>ANEXO E– Anuência CBMCE</b> .....	192
	<b>ANEXO F– Anuência PEFOCE</b> .....	193
	<b>ANEXO G– Dados do Projeto de Pesquisa</b> .....	194
	<b>ANEXO H - Informativo DAMPS</b> .....	197

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo destina-se a analisar os casos de tentativas de suicídio e suicídios consumados, entre 2000 a 2014, em profissionais de Segurança Pública do Estado do Ceará. Nos casos em estudo, foi levada em consideração a condição de saúde física e mental, a fim de encetar diálogo entre a Segurança Pública e a Saúde Pública, enquanto garantias fundamentais à manutenção da vida e do bem-estar social.

Nesse contexto, ressalta-se que Saúde Pública tem força de lei no Brasil, sendo uma prestação estatal tanto para brasileiros como para estrangeiros, conforme o art. 196 da Constituição Federal de 1988 (CF/88):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Na mesma linha de pensamento, o tema do presente estudo abrange outra garantia estatal, qual seja, a Segurança Pública, conforme art. 144 da CF/88:

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:  
I - polícia federal;  
II - polícia rodoviária federal;  
III - polícia ferroviária federal;  
IV - polícias civis;  
V - polícias militares e corpos de bombeiros militares. (BRASIL, 1988)

Historicamente, a Secretaria de Segurança Pública foi criada no final do século passado em 16 de maio de 1997, com o nome Secretaria de Segurança Pública e Defesa da Cidadania (SSPDC) pela Lei Estadual nº 12.691, sendo rebatizada em 07 de março de 2003 pela Lei Estadual nº 13.297, tornando-se Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (CEARÁ, 2008).

Com o fim da então Secretaria da Segurança Pública, o governo estadual vinculou a coordenação, o controle e a integração das ações da Polícia Civil, da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros Militar, dos Institutos de Polícia Científica e da Controladoria que se tornaram únicas e subordinadas diretamente ao Secretário. Esse modelo de gestão está posto conforme uma tendência a ser seguida pela Política Nacional de Segurança Pública que visa,

similarmente ao princípio universal da integração do serviço único de saúde brasileiro (SUS), à integração dos órgãos de Segurança Pública (CEARÁ, 2008).

Saliente-se que os profissionais dos quatro órgãos vinculados trabalham em cooperação com outros profissionais civis de serviços terceirizados ou concursados como no Serviço de Atendimento de Urgência Médica (SAMU), a Coordenadoria de Operações Aéreas (CIOPAER) e a Academia Estadual de Segurança Pública (AESP), todos subordinadas à SSPDS, integrados operacionalmente 24 (vinte e quatro) horas pela Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança (CIOPS).

Analogamente à área de saúde, assim como o SUS, tem-se no Brasil o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP). O referido sistema é dotado de princípios, metas e diretrizes. Na análise dos princípios, destaca-se no presente trabalho: “[...] policiais são seres humanos, trabalhadores e cidadãos, titulares, portanto, dos direitos humanos e das prerrogativas constitucionais correspondentes às suas funções” (BRASIL, 2003).

Em 2003, o Ministro da Justiça, Mario Thomaz Bastos, utilizou junto com outros redatores do plano nacional de segurança pública o termo policial para retratar todos os profissionais de segurança pública.

Pelo supracitado princípio compreende-se que os profissionais de segurança pública também têm direito aos direitos humanos, por serem igualmente cidadãos como quaisquer outros e necessitem da referida tutela jurídica de cunho internacional.

O princípio em epígrafe pugna por desconstruir a ideia de que os direitos humanos apenas beneficiariam os seres humanos em conflito com a lei, o que é imediatamente refutado, por exemplo, tendo em vista o sistema carcerário precário brasileiro que está longe de atender aos padrões da dignidade humana, conforme pesquisa de Montenegro e Braga (2012), inclusive com registros fotográficos das prisões em todos os estados do Brasil.

As fotos impressionam pela retratação da superpopulação carcerária, da difícil ventilação de ar, da péssima iluminação, da falta de higiene entre outras condições inadequadas à habitação humana. Assim, não somente os profissionais de segurança pública têm dificuldade de acesso aos direitos humanos, mas a população em geral, incluindo-se, os indivíduos em conflito com a lei.

Continuando a análise do plano nacional de segurança pública, observa-se que dentre as metas do plano nacional de segurança pública, encontra-se “valorizar as polícias e os policiais, reformando-as e requalificando-os, levando-os a recuperar a confiança popular e reduzindo o risco de vida a que estão submetidos” (BRASIL, 2003).

A partir do ponto que se verifica uma meta do plano nacional de segurança pública com esse objetivo, infere-se que as instituições de segurança pública não têm a plenitude da confiança popular, bem como necessitam recuperar essa confiança e reduzir o risco de vida ao qual os profissionais de segurança pública estão expostos, risco que se conclui não ser baixo, já que a referida meta visa a essa redução.

De fato, passa pelo senso comum a constatação de que os profissionais de segurança pública estão expostos à cobrança do governo, dos comandantes de suas instituições e da população, para bem atuar e servir. Eles lidam em confronto direto com uma criminalidade armada, às vezes, com armas de alto calibre e poder destrutivo, instrumentos nas mãos de criminosos, por vezes, similares aos usados em guerras internacionais, arriscando-se o profissional de segurança pública tanto a morrer quanto a matar pessoas, indivíduos que estejam em conflitos com a lei ou que possam ser civis inocentes, homens, mulheres, adultos, crianças ou idosos.

Assim, o cotidiano dos profissionais de segurança pública mostra-se majoritariamente um ambiente hostil à saúde física e mental do trabalhador a se manifestar em doenças mentais e físicas. Como exemplo, cita-se a síndrome de “burnout”.

Atestam Menegali *et al.* (2010), em estudo com policiais civis do Estado de Santa Catarina, que a síndrome de *Bournout* é um problema psicossocial relacionado com estresse interpessoal e ocupacional que por suas características de jornada de trabalho prolongada leva à exaustão, ao esgotamento e, pelo perfil laboral, acomete policiais e outros profissionais de segurança pública.

Além de lidar com o estresse diário, o trabalho do profissional de segurança pública é acompanhado pelos jornais, mídia televisiva, redes sociais, entre outros tipos de comunicação, gerando uma preocupação extra e constante às dificuldades da execução do trabalho, bem como exigindo maior vigilância por parte dos referidos profissionais. Qualquer erro pode ter consequências danosas (RAMOS, 2007).

Nesse sentido, é relevante ressaltar o fenômeno da midiaticização da violência, principalmente, dos jornais escritos a repassar a sua imagem sobre a violência e o crime como realidades ilusórias, bem como mercadorias a serem vendidas (FREIRE; CARVALHO, 2008).

Nessa linha de observação, verifica-se também a midiaticização da crítica sobre os erros policiais e dos demais profissionais de segurança em programas policiais que estão a contrabalancear seu desejo de repressão severa e violenta da criminalidade para também



criticar os erros e violência que vitimam inocentes, violência perpetrada por profissionais de segurança pública.

Em relação ao tema violência policial, o plano nacional de Segurança Pública estabelece como meta “ampliar a eficiência policial e reduzir a corrupção e a violência policial” (BRASIL, 2003). Analisando a referida meta, observa-se ênfase sobre a questão da violência dos profissionais de segurança pública, aqui retratada como a violência perpetrada.

É relevante para o objeto deste estudo saber que, ao se averiguarem os demais princípios, diretrizes e metas do supramencionado plano, não se encontra direcionamento para a diminuição da violência sofrida por profissionais de segurança pública. Assim, a visualização do profissional de segurança como vítima, mostra-se menos em foco ou, em uma visão geral, de menos interesse.

Todavia, é racional que profissionais de segurança pública, como seres humanos, também estão passíveis a sofrer violência. Tanto podem ser mortos e, dentro do foco do presente estudo, esses policiais podem também dirigir sua violência contra si mesmos, dado ao grau de vulnerabilidade a que estão expostos, chegando a alguns casos ao extremo da violência autodirigida: o suicídio (ARAÚJO, 2013; MOURA, 2015, PAIXÃO, 2013).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, no art. 2º, inciso II, expressa como diretriz da rede de atenção psicossocial: “promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde”. No seu inciso V: “atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas” e no inciso VIII: “promover estratégias para redução de dano”. Por fim, no seu art. 4, inciso I, expressa como objetivo específico: “promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas)” (BRASIL, 2011).

No caso dos profissionais de segurança pública, uma parcela de jovens, 15 a 29 anos, segundo classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), faz parte do efetivo de componentes das instituições que formam a segurança pública, bem como idosos (acima de 59 anos), assim formam um grupo também vulnerável. Além disso, a promoção de equidade, a atenção humanizada e as estratégias de danos devem visualizar o profissional de segurança pública em suas vulnerabilidades.

Em uma categoria profissional onde a perpetração de violência é um enfoque social e midiático, olhar o ser humano que está exercendo essa função como também passível de sofrer danos e riscos é exceção. Por detrás da farda, obviamente existe um ser humano.

Os suicídios acontecem em todas as regiões do planeta e na população jovem, entre 15 e 29 anos de idade, é a segunda causa de morte global. Se somados, os homicídios e

mortes por causa de guerras são de menor impacto que os números de mortos por suicídio mundialmente. Dados estatísticos levantados pela OMS indicaram aproximadamente 804.000 suicídios no ano de 2012. Número quase o dobro das mortes por homicídios, no mesmo período. O que apresenta uma taxa de suicídio estandardizada pela idade de 11,4 casos por 100.000 habitantes (15 para homens e 8 para mulheres) (WHO, 2014c).

Nesse sentido, pesquisa com policiais dos Estados Unidos afirma que as taxas de suicídio entre policiais estudados não eram menores do que as taxas na população em geral. A pesquisa apontava para possíveis causas como o uso de álcool, o estresse pós-traumático, a exposição inerente ao trabalho policial e a ideação suicida (VIOLANTI, 2004).

Em estudo realizado em Portugal, inferiu-se que o trabalho dos profissionais de Segurança Pública desenvolve-se com exposição ao estresse, contato com violência e uso de instrumento de trabalho de natureza letal, como as armas de fogo, o que torna vulnerável a referida categoria no que concerne ao desfecho suicídio e tentativa de suicídio (PEIXOTO; SARAIVA; SANTOS, 2014).

Diante do foco na maior visibilidade da violência perpetrada, ficam sobre a penumbra violências sofridas pela classe de profissionais de segurança pública. É sobre este desconhecimento que o presente trabalho almejou atuar. Olhar o objeto em pesquisa sob uma perspectiva diferenciada. Uma visão que possibilite ver o profissional de segurança do Estado do Ceará como ser humano, um ser com vulnerabilidades, passível de sofrer violências e, mais especificamente, ser passível de colapsar numa conduta autolesiva e autopunitiva que, por vezes, chegue ao extremo das tentativas de suicídio e do suicídio consumado.

O suicídio é multifatorial, tendo diversas causas e atingindo variados tipos de populações, tanto as mais vulneráveis, discriminadas e marginalizadas socialmente, como as mais abastadas e com acesso aos recursos financeiros e de saúde. Muitas vezes, a prévia identificação de uma tendência suicida é rara nos países de maneira geral, bem como o tratamento, o suporte e intervenções em tempo hábil (ABP, 2014).

Quintela Filho (2008) relata que os militares com ideação e comportamento suicida devem estar longe dos meios letais que possam facilitar um desfecho de consumação do autoextermínio. Ainda, o autor relata que existem meios de prevenção, mas esses meios devem ser utilizados para identificar previamente casos de potenciais profissionais suicidas e não esperar que eles mesmos se apresentem pedindo auxílio.

Perante essa constatação, aqueles que deveriam proteger a sociedade podem se transformar em potenciais agressores de outrem ou de si mesmos devido as suas debilidades

de saúde. Tal potencialidade tende a ser fatal diante do porte de armas letais à vida, paradoxalmente, necessários instrumentos de trabalho ao profissional de segurança pública.

Ressalte-se que o suicídio e as tentativas de suicídio são considerados um relevante problema de saúde pública mundial. No ano de 2014, a Organização Mundial de Saúde publicou o trabalho “Prevenindo o suicídio: um imperativo global”(WHO, 2014c) com o objetivo de ajudar governos, construtores de políticas públicas, patrocinadores, entre outros, a realizar passos positivos para a prevenção do suicídio de acordo com recursos e contextos de cada país.

No plano de ação em saúde mental da OMS, 2013, ficou estabelecido pelos seus estados membros que as taxas de suicídios deveriam ser reduzidas no mundo em cerca de 10% até o ano de 2020. Nessa mesma linha de política de saúde pública mundial, o Programa de Ação de Lacunas da OMS, prevê a prevenção ao suicídio como sendo uma de suas prioridades (WHO, 2014c).

No Brasil, as políticas públicas para prevenção do suicídio, com apoio no Sistema Único de Saúde, propiciaram a publicação da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, que tornou obrigatória, em caráter de urgência, as notificações de tentativas de suicídio; a fim de ensejar prevenção e ajudar no importante registro estatístico. Notificações que irão subsidiar novas análises sobre o tema no País.

Ao se realizar a pesquisa de literatura científica sobre o objeto de estudo, percebeu-se que há muitas pesquisas sobre o tema do suicídio e tentativas, mas não há muitas publicações sobre os casos de suicídio e tentativas de suicídio em profissionais de segurança pública, em âmbito nacional. No estado do Ceará, não se encontrou qualquer trabalho que tivesse como objeto de estudo específico a quantificação da magnitude nos referidos profissionais frente ao problema do suicídio, sendo vistos como vítimas da autoviolência.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Aspectos da história do suicídio

Nos seus primitivos contatos em busca da verdade, os filósofos gregos enveredaram em interessantes campos de especulação. Um desses filósofos foi Hegesias, identificado como professor de suicídio, ele chegou à convicção de que a vida era um engano trágico e que o melhor que os homens tinham a fazer era exterminar sua vida, morrer (THOMAS, 2010).

Em consequência disso, ele dedicou toda a sua vida à preconização da morte voluntária. O professor da morte organizou clubes de suicidas, induziu e instigou muitas pessoas ao suicídio. Quanto a ele mesmo, viveu até a longa idade de oitenta anos. Quando lhe questionavam por que ele não praticava o que pregava, o filósofo dava uma resposta lógica, mas aparentemente irônica, dizendo-se ser a única pessoa na Grécia que podia induzir os jovens ao suicídio. Se ele morresse, respondia o filósofo, não haveria ninguém que lhe tomasse o lugar. Seria, pois, dever dele o penoso viver, a fim de poder ensinar aos jovens o deleite da morte (THOMAS, 2010).

Na Grécia, havia uma considerável diversidade de opiniões acerca do suicídio, sendo esse um fenômeno comumente tolerado, desde que seguisse determinados critérios políticos e éticos, que variavam conforme o local e a época; houve um período em que os gregos tinham abominação por tal ato, já que o comparavam com a atitude extrema do assassinato de familiares, algo que os incomodava muito. Como consequência, os cadáveres sofriam penalidades, tal como a mão do sujeito era enterrada separada de seu corpo, como algo alheio ao indivíduo e que lhe causou mal (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Retornando aos gregos, cita-se que Sócrates foi julgado e sentenciado a tomar uma taça do veneno cicuta, ou seja, apesar de ele próprio ter cometido o ato contra si, não se pode considerar que foi um suicídio, já que referido pensador não teve a intenção de se matar, mas foi coagido a praticar o autoextermínio. Alguns de seus alunos articularam com o carcereiro de cela a sua fuga no dia anterior, mas ele se negou a participar da trama, pois escapando, aniquilaria todas as suas ideias, ou seja, tudo pelo qual tinha até ali vivido. Ele foi julgado por juízes, no entanto, rebateu as acusações (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

No século IV, Santo Agostinho, considerava o suicídio como “perversão detestável” e “demoníaca”, e o “não matarás”, um dos mandamentos do cristianismo,

estendia-se também como não matarás a si próprio. Para os cristãos, o suicídio é considerado transgressão grave ainda na atualidade, posto o mandamento quinto da lei mosaica explicitar claramente a proibição do ato de matar (BEZERRA FILHO *et al.*, 2012).

Nesse contexto histórico, não se pode olvidar a forte cultura suicida da nação nipônica onde, em épocas passadas, os guerreiros samurais realizavam o conhecido *seppuku*, tradição que apareceu em registros do século XII e foi tornada prática comum entre os soldados de guerra medieval até o século XVIII. Pela tradição, perder uma batalha era algo desonroso e não poderia ser suportado pelos soldados, mormente, na condição de voltar como derrotados para o seu povo e para a sua família, assim, o insucesso militar era inaceitável. Durante o suicídio, a performance dos movimentos é de extrema relevância, pois torna-se o trabalho de arte derradeiro de uma vida, a morte é, nesse momento, uma arte final para o artista guerreiro (DIAS, 1997).

O *seppuku* é executado pelo ritual do *haraquiri*, que se baseia no combatente cortar o ventre em uma cerimônia, onde o líder derrotado é obrigatoriamente o primeiro a ter a honra de se matar, sendo em seguida acompanhado de seus subordinados, já que os soldados devem seguir seu mestre. Tinha-se então um suicídio coletivo, um suicídio por acompanhamento chamado de *junshi*. Há o registro de que líderes militares japoneses, por vezes, solicitavam ajuda dos próprios inimigos em, iniciado o corte do próprio abdômen no momento do *haraquiri*, fosse-lhe decapitada a cabeça, a fim de acelerar a morte (DIAS, 1997).

Os tempos dos samurais passaram, mas o suicídio militar ressurgiu no Japão marcando toda uma geração. Em batalhas da Segunda Guerra Mundial, os pilotos da força aérea nipônica, chamados de *kamikazes* (ventos divinos em japonês), notabilizaram-se pela forma de suicídio por precipitação dos aviões de guerra sobre os navios americanos onde, às vezes, um único avião afundava um grande navio matando toda a tripulação, uma vida por centenas de vidas parecia uma troca justa, diante da iminente invasão inimiga sobre o território japonês (SLEEBOM, 2003).

Vale ressaltar que o piloto a tornar-se um *kamikaze* se voluntariava, mas nem todos eram escolhidos. Ser um *kamikaze* era uma honra para o jovem, para a sua família e para a nação japonesa. Havia as promessas dos comandantes de que eles seriam honrados eternamente (SLEEBOM, 2003).

Todavia, é sabido que a reação do exército americano foi brutal com os bombardeios de Hiroshima e Nagasaki, dizimando milhares de civis e mostrando que o jargão “violência gera violência” se aplicava ao mencionado caso de guerra, os gigantes cogumelos de fumaça deixados pelos aviões americanos são lembrados ainda hoje pela magnitude do

golpe. No caso específico do ataque nuclear americano, nenhuma vida foi necessária para destruir milhares, como acontecia com o suicídio dos kamikazes. Houve uma vendeta de compensação descomunal e inimaginável para a época (HOBSBAWM, 2008).

Atualmente, em relação aos aspectos históricos do suicídio, entende-se relevante o fenômeno dos homens bomba. Na referida modalidade de suicídio, tem-se a simultaneidade de suicídio e homicídio. Naturalmente, como o terrorismo suicida é amplamente utilizado por fundamentalistas islâmicos, costuma-se associar a essa religião atos dessa natureza (ASNIS, WERLANG, SÁ, 2006).

Todavia, o livro cristão bíblico Juízes, no capítulo 16, versículo 28 (Bíblia, 1995), relata que Sansão se mata e ao mesmo tempo consegue a morte de 3000 filisteus, solicitando a Deus que lhe conceda a vingança por ter tido os dois olhos feridos sendo levado à cegueira. Esse fato é citado historicamente, por se entender sua natureza como sendo de uma modalidade suicídio-homicídio praticada fora da religião islâmica.

Em 2001, o ataque às torres gêmeas no dia 11 de setembro marcou uma geração pela quantidade de mortos no ataque suicida e pela midiaticização internacional do fato. Estudo sobre o distúrbio de estresse pós-traumático em policiais que atenderam às vítimas do mencionado ataque terrorista apontam para a necessidade de tratamento mental de profissionais de segurança pública expostos a desastres (CONE *et al.*, 2015).

Ainda, o ataque teria sido em nome de Deus, como costumam expressar os fundamentalistas islâmicos, chamando Deus de Alá, mas tendo o mesmo ideal em essência, a guerra santa, uma *Jihad*. Um confronto onde a violência é, na verdade, justificada e utilizada pelos dois lados em conflito.

No Brasil, verifica-se, pelas leituras acadêmicas acerca do tema, que não existe uma cultura suicida, mesmo durante a forte migração japonesa na história do país, iniciada há 105 anos, que não foi suficiente para influenciar a cultura geral da nação (ENNES, 2000).

Constata-se ainda que os relatos de terrorismo por homens bombas e outras formas de suicídio não são uma preocupação nacional, a não ser em ocasiões de eventos internacionais como a Copa do Mundo de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016 realizados no Brasil.

## **2.2 Ideação suicida**

Após o lançamento das diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) lançou um manual para equipes de saúde mental, a fim de

capacitar profissionais da área de saúde para lidar com pacientes com comportamento suicida. No manual, é associada à ideação suicida com o transtorno mental da depressão, na ocasião em que, dentre os diversos sintomas, o paciente tem desejos e pensamentos de se matar.

O referido documento expressa que é um erro acreditar que só depende do paciente curar a sua depressão e conseqüentemente sua ideação suicida. A intervenção com uso de medicamentos é recomendada pela prescrição psiquiátrica, bem como para o transtorno afetivo bipolar, abuso de substâncias e transtornos de personalidade como *boarderline* e antissocial (BRASIL, 2006).

No Brasil, de acordo com pesquisa de Botega *et al.* (2005) a cada 100 habitantes, 17% por cento das pessoas apresentariam quadro de ideação suicida. De acordo com a ilustração a seguir, verifica-se a estimativa de que entre os indivíduos que apresentam ideação suicida, três tentam o suicídio e um chegará a ser atendido em pronto socorro.

FIGURA 1 –Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida



Fonte: Botega *et al.* (2005).

A Ideação suicida pode se apresentar ambivalente, querer viver e querer morrer alternando-se e, às vezes, coexistindo, pois a morte é uma fuga e uma solução aos problemas pessoais, mas geralmente existe o temor da morte em virtude de o indivíduo deixar familiares, amigos ou outros entes, animais de estimação ou objetos de valor.

A outra forma de apresentação da ideação suicida seria a impulsividade, quando a ideia é pontual ou por um período passageiro, mas não menos perigoso, principalmente em homens, gênero que, culturalmente, age mais impulsivamente.

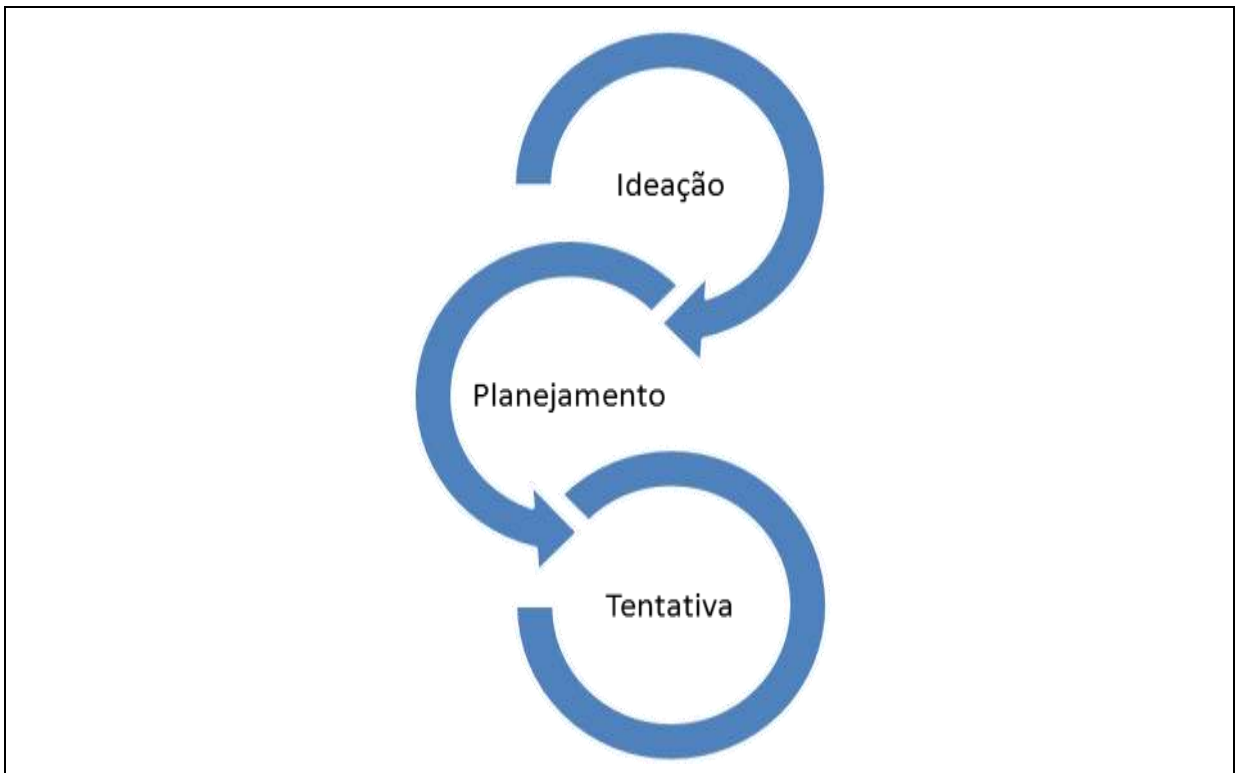
A terceira forma seria a forma de ideação suicida em rigidez ou constrição, quadro no qual o paciente tem seus pensamentos suicidas constritos, enxergando o fim da vida como

única solução ou caminho a seguir, sem conseguir perceber outras vias de fuga. Assemelha-se a uma fixação mental onde os sentimentos e as ações se juntam dando ensejo a uma iminente tentativa de suicídio (BRASIL, 2006).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014) relata três situações que dão ensejo à ideação suicida. Elas aconteceriam quando o indivíduo encara os seus sofrimentos e seus problemas como inescapáveis (sem vias de saída), intoleráveis (sem condições de se sustentar, suportar) e intermináveis (sofrimentos sem fim). Ocorreria assim uma distorção da realidade, projetando o futuro como sombrio e sem perspectivas e o autoextermínio como uma forma de por termo ao quadro de sofrimento vivenciado pelo paciente.

Como as ações tem sua fonte na mente, a ideação suicida é a fonte geradora de onde poderá emanar naturalmente um plano suicida e desaguar em uma tentativa suicida que pode ser ou não bem sucedida, consumando ou não a autoexecução. A literatura científica divide os trâmites de um suicídio em três fases, a primeira delas a ideação; a segunda, o planejamento; e, a terceira, a tentativa.

FIGURA 2 – Fases do suicídio



Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa forma, verifica-se que o trabalho de prevenção relacionado à saúde mental é de extrema importância, pois a ABP e parte considerável da literatura acadêmica consideram



a doença mental o segundo fator de risco mais forte para uma consumação suicida (WHO, 2014c).

### ***2.2.1 Problematização da ideação suicida em profissionais de segurança pública***

Em relação aos casos de ideação suicida em profissionais de segurança pública, verifica-se que os referidos servidores são protetores da sociedade. Ao se constatar casos de suicídios e tentativas de suicídio desses servidores públicos, tem-se uma problematização: um profissional de Segurança Pública pode proteger a sociedade se estiver passando por uma crise de comportamento suicida?

Apesar de existir literatura a expressar que profissionais de segurança pública são também vítimas de terceiro grau a sofrerem a repercussão de violências, acidentes, catástrofes, entre outros efeitos adversos proveniente das situações-limite em que trabalham, na prática, ainda persiste a necessidade de sedimentação dessa visão por parte da sociedade e por parte dos próprios profissionais, já que alguns se acham intocáveis por tais adversidades ou temem sofrer discriminação e estigma por parte dos colegas (BRUCK, 2007; MOURA, 2015).

Nesse sentido, atualmente, ainda persiste a invisibilidade dos casos de suicídio no ambiente de trabalho e relacionados ao trabalho. Enfatiza-se que há uma modificação nas formas de trabalho por obtenção de resultados, pressão por qualidade no serviço, entre outros tipos de transformações que, de uma maneira geral, concorrem possivelmente para casos de suicídio (MÁXIMO, LIMA, ARAÚJO, 2012).

Observa-se um dilema, para o tema em estudo, entre proteger a vida e atentar contra a vida. Há trabalhos científicos que defendem o direito de morrer, abrangendo suas diversas categorias tais como eutanásia e suicídio assistido (PIMENTEL, 2012; DWORKIN, 2009), como sendo um direito fundamental.

Existem igualmente aqueles que pugnam pelo direito à vida como sendo inalienável, indisponível, já que assim preceitua o Código Penal brasileiro, especificamente em seus arts. 121, homicídio, e 122, induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, definindo tais condutas como crimes (BRASIL, 1940).

Hungria (*apud* PONTES, 2007) sustenta que a vida do homem não é somente dele, mas é igualmente parte da sociedade". Vai mais longe ao afirmar que não existe direito individual subjetivo que não se choque com os interesses ou utilidades do corpo social.

Nesse ponto de exposição, dá-se ênfase à questão da colisão de princípios a que se refere o presente estudo. A possibilidade de existirem profissionais de segurança pública que querem morrer, mormente, pelas formas de suicídio que acarretam situações-limite, tais como utilização de armas de fogo, de materiais combustíveis para gerar incêndio, precipitação (queda) de edificações, entre outras, podem afetar toda uma comunidade, atingindo a saúde coletiva e mobilizando as forças do Estado de socorro e de urgência.

Dessa forma, verifica-se o conflito: por um lado, o direito fundamental da dignidade da pessoa humana, especificamente de autodeterminar-se, portanto, dispor do próprio corpo da maneira que assim deseje, mesmo que seja o de exterminá-lo.

Por outro lado, o direito à vida, que deve ser protegida e perpetuada pelo Estado personificado por seus servidores públicos, incluindo-se policiais militares, policiais civis, bombeiros, profissionais de saúde, entre outros executores e mantenedores do equilíbrio social.

Assim, quando uma pessoa que possui instrumentos de uso legítimo da força, mas por diversas causas pode apresentar um quadro de comportamento suicida, entende-se que a vida desse profissional e a vida de populares se encontram em iminente perigo de lesão ou extermínio.

Pelo exposto, a ideação suicida, quando presente nos profissionais de segurança pública, pode acarretar danos notáveis à sociedade. Destarte, a prevenção, a avaliação, o tratamento e o acompanhamento da saúde mental dos supracitados servidores públicos é de relevante interesse social.

### **2.3 Epidemiologia das tentativas de suicídio**

Utilizou-se também a definição de Durkheim (1982 [1897]) para as tentativas de suicídio, a saber, quando o suicídio tentado por ação ou omissão, não foi concretizado, ou por desistência da vítima antes do momento extremo ou por caso fortuito. Por exemplo, um indivíduo que amarrou uma corda no telhado e no ato do enforcamento escapou da morte pela ruptura da corda ante o peso ensejou uma tentativa de suicídio.

Ainda, o indivíduo que deixa de comer (omissão) para alcançar a morte, mas depois de alguns dias enfraquecido desmaia e vai socorrido ao hospital recebendo soro intravenoso contra sua vontade, escapa da morte sendo classificado como vítima de tentativa de suicídio. Outro exemplo de tentativa seria a do indivíduo que fechando os olhos atravessa

uma rua movimentada de carros, vindo a escapar por pura sorte ou porque os motoristas frearam os carros antes de um atropelamento fatal.

Dados de tentativas de suicídio são mais difíceis de se determinar com precisão (BOTEGA *et al.*, 2006). Acredita-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em, pelo menos, dez vezes, porém os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio (BRASIL, 2006; OILVEIRA, 2013). Existe subnotificação da mortalidade por suicídio, que varia de acordo com a região e a cultura, já que o suicídio é um tema tabu na maioria dos grupos sociais (MENEGHEL *et al.*, 2004).

Em estudo realizado no Brasil, Bahia (Jequié), no período 2006 a 2010, foram registrados 24 suicídios (taxa média de mortalidade de 3,19 por 100.000 habitantes) e 26 tentativas de suicídio, com média de 3,45 casos por 100.000 habitantes. Na distribuição ao longo dos cinco anos, há uma tendência decrescente nos casos de suicídio, apresentando um pico no ano de 2009 (4,64/100.000) com a maior taxa do período. Em contrapartida, as tentativas apresentam uma tendência crescente (SOUZA *et al.*, 2011).

Em estudo realizado no Vietnã no período de 2003 a 2007, os autores referem que não existem dados exatos sobre tentativas de suicídio no mundo, em decorrência da maioria dos países não ter sistema de monitoramento. No entanto, no mesmo período, no Canadá, houve 357 a 534 tentativas por 100.000 habitantes; na Finlândia, 900-1.100 por 100.000; na Índia, 49-81 por 100.000 e, em Cingapura, 41-96 por 100.000 (NGUYEN *et al.*, 2010). No Canadá, sobre abordagem de prevenção do suicídio em adolescentes, foi citado que, para cada suicídio, existem 400 tentativas (KOSTENUIK; RATNAPALAN, 2010).

Os números atuais mostram-se em conformidade de frequência com as pesquisas de décadas passadas confirmando as tentativas de suicídio como um fato social impactante na maioria dos países desenvolvidos. A OMS, em 1973, estimou mil casos de suicídios diários e aproximadamente dez mil tentativas. Esses números foram corroborados por vários autores. Com o passar do tempo, os casos aumentaram e estimou-se que no ano de 2002 um milhão de pessoas realizou o autoextermínio e um número dez a vinte vezes superior tentaram se matar, mostrando uma relação aproximadamente de uma tentativa para cada 3 segundos (PONTES, 2007).

Para cada suicídio ou tentativa de suicídio existem familiares, amigos, colegas, vizinhos, entre outras pessoas de convívio que irão sofrer com a situação de luto, pois serão marcadas pelas lembranças deixadas pela vítima (FRAZÃO, SANTOS, SAMPAIO; 2014).

Estima-se que esse número de afetados diretamente seja de cinco pessoas e indiretamente seja em torno de sessenta pessoas (OLIVEIRA, 2013; WHO, 2014).

Em referência mais atualizada da OMS, observa-se a repetição da estatística de 2002 supramencionada por Pontes (2007), 10 a 20 milhões de pessoas tentam o suicídio em todo o mundo. Para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas (WHO, 2014c).

Para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro desconhecidas. De 15% a 25% das pessoas que tentam o suicídio tentarão novamente no ano seguinte. É fato que 10% das pessoas que tentam o suicídio conseguem se matar nos próximos dez anos (BOTEGA *et al.*, 2006). Corrêa e Perez (2006) consideram que para cada tentativa diagnosticada e notificada, existam pelo menos outras quatro que não foram sequer registradas.

Nesse contexto, registra-se que lesões ou traumas são a sexta maior causa de problemas de saúde e incapacitação física no mundo (STEFANELLO, 2007). Calcula-se que para cada caso de suicídio relacionam-se tentativas com severidade para ensejar cuidados médicos, onde ocorrem justamente lesões físicas e traumas que afetam as atividades de trabalho. Ainda, essas tentativas com sobrevida são, às vezes, 40 vezes mais frequentes do que as tentativas com sucesso “suicídio” propriamente dito (MELLO-SANTOS; WANG; BERTOLOTE, 2005).

Vale ressaltar, diante dos dados supramencionados, que uma tentativa requer em geral maiores cuidados do que o suicídio consumado, já que uma vítima que não logrou a consumação da morte requer os cuidados hospitalares, gerando um impacto financeiro, por vezes prolongado; em tratamento de hospitais públicos.

Por outro lado, é provável ainda que algumas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar devido à pequena gravidade. Ainda na possibilidade de as vítimas chegarem às unidades de assistência, os registros escritos nos serviços de emergência e urgência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos (MINAYO, 2005).

Assim, para auxiliar no conhecimento da magnitude do problema de tentativas de suicídio no Brasil, como já foi citado neste estudo, a Portaria MS nº 1.271/2014, inova em sua lista, elencando a tentativa de suicídio como sendo de natureza de notificação compulsória imediata, devendo ser realizada em menos de vinte e quatro horas. Esse é um importante avanço para reduzir a subnotificação de casos de tentativas de suicídio no país (BRASIL, 2014).

Tal medida em relação às tentativas vem convergir ao escopo da presente pesquisa indicando que a política nacional de saúde está interessada em acompanhar os casos de suicídio e tentativas de suicídio (BOTEGA *et al.*, 2009).

Em pesquisa realizada em unidades públicas de saúde de Fortaleza, Ceará, no período de 2011 a 2012, com 360 pacientes atendidos por tentativa de suicídio em instituições públicas, verifica-se que a maioria era do sexo feminino, faixa etária 30-59, solteiro, ou sem vínculo afetivo com alguém, baixa escolaridade e vivendo com a família ou amigos (OLIVEIRA, 2013).

## 2.4 Epidemiologia dos suicídios

Antes de adentrar na referência epidemiológica sobre os casos de suicídio no mundo, faz-se necessário expressar a conceituação teórica acerca do suicídio.

Embora vários pesquisadores tenham escrito e registrado seus conceitos sobre o que seja suicídio, concorda-se que a conceituação de Durkheim (1982 [1897]) continue relevante e atenda aos objetivos do presente trabalho. Para ele, o suicídio é “todo caso de morte que seja produto direto ou indireto de uma ação positiva ou negativa, realizada pela própria vítima de forma consciente”. Na situação em que a vítima não morra estaria caracterizada a tentativa.

Ressalta-se que os suicídios são passíveis de prevenção. Entretanto, apesar dos sub-registros devido às culturas, aos tabus e às deficiências de notificação mundial, as estatísticas internacionais estimam que a cada 40 segundos uma pessoa se mate e que muitas outras tentem suicidar-se (MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA, 2011).

É importante ressaltar que o suicídio é um assunto muito sensível, até ilegal em alguns países. Portanto, diante dessas dificuldades, além da necessidade dos casos de suicídio serem analisados por várias autoridades para sua caracterização, bem como por ser subnotificado por vergonha, tabu cultural ou falha de notificação em países de sistema precário, muitos suicídios ficam sem registro. Em países mais ricos, cerca de três vezes a quantidade de homens se mata em relação ao número de mulheres. Porém, em países de médio e baixo desenvolvimento econômico, essa razão cai para cerca de uma vez e meia a quantidade de homens por mulheres (WHO, 2014c).

O suicídio é um grande problema de saúde pública não só para o mundo, mas também para países economicamente desenvolvidos como os Estados Unidos da América (EUA). Nele, por ano, mais de 30.000 pessoas se matam. Um relatório do Instituto de

Medicina americana (*National Academy of Sciences*) estimou que nos EUA o valor da perda de produtividade devido ao suicídio é de 11.800 milhões dólares por ano. Nos países desenvolvidos, o suicídio é previsto para se tornar um colaborador ainda maior para a carga global de doenças nas próximas décadas.

A gravidade de suicídios levou o governo dos EUA a realizar uma expansão de coleta de dados sobre a prevalência e os fatores de risco para o suicídio e o comportamento suicida com intuito de auxiliar no planejamento de estratégias e políticas de saúde. Ainda, o escopo é também a monitorização das respostas comportamentais para mudanças de políticas públicas e esforços de prevenção (NOCK *et al.*, 2008).

A Europa apresenta altas taxas de suicídio em relação ao mundo, acometendo 58.000 pessoas a cada ano. É estimado que 90% das taxas de suicídio nessa região ocorram no contexto de desordens psiquiátricas, podendo ser sua alta prevalência um dos fatores para o elevado número de óbitos por suicídio (HEGERL *et al.*, 2009).

Considerando a totalidade da população brasileira, no período compreendido entre 2002 até 2012, os suicídios no Brasil passam de 7.726 para 10.321, indicando um crescimento de mais de 30%. No mesmo período, a população cresceu 11,1%. Dessa forma, entre as causas estudadas no mapa da violência 2014, nos dez anos referidos, o suicídio foi a que apresentou maior crescimento entre as causas externas, ultrapassando os homicídios (2,1%) e a fatalidade nos acidentes de transporte (24,5%). Em termos de população geral, o Brasil cresceu de 4,4 para 5,3 suicídios por 100 mil habitantes, um aumento de 20,3%, mas os números brasileiros são praticamente a metade da taxa da média mundial que supera os 11 suicídios por 100 mil habitantes. O Norte e o Nordeste sofreram o mais significativo incremento, superior à média brasileira para o período de 2002 a 2012 (WAISELFISZ, 2014).

Entre as unidades federais, as taxas subiram no decênio, lideradas pelos estados do Amazonas, da Bahia e da Paraíba. Vale ressaltar que nessa década (2002-2012), as taxas de suicídios entre jovens, 15 a 29 anos, não houve variação significativa em relação à população geral brasileira, o que se difere das estatísticas mundiais que mostram a juventude como um grupo de risco (WAISELFISZ, 2014).

Em estudo ecológico sobre o suicídio no Ceará, Oliveira (2010) encontrou no resultado de sua pesquisa um aumento de 265 ocorrências de suicídio-ano em 1998 para 525 ocorrências de suicídio-ano em 2007, e uma evolução na taxa de 3,8 para 6,3 no mesmo intervalo de tempo, o que corresponde a um crescimento de 65,79% na taxa de suicídio cearense, enquanto o crescimento da população neste mesmo período correspondeu a apenas

18,66%, demonstrando que o aumento da população em termos percentuais foi significativamente inferior ao aumento das taxas de suicídio.

No Ceará, no período de 1997 a 2007, ocorreram 4.326 suicídios, sendo 3.467 homens e 857 mulheres, com maior concentração entre os homens. O coeficiente de mortalidade entre homens foi de 8,0/100 mil e de 2,0/100 mil entre as mulheres; variáveis de risco do estudo: faixa etária entre indivíduos de 20 e 49 anos em ambos os sexos, baixa escolaridade, sem união consensual, viúvos, separados judicialmente e principalmente solteiros (OLIVEIRA, 2013).

Em estudo sobre tentativa e suicídio, desenvolvido no município de Independência, abrangendo os anos de 2000 a 2004, viu-se que os suicídios representaram 9,4% dos óbitos registrados. No grupo de 15 a 29 anos, a taxa de suicídios passou de 5,1/100.000 habitantes para 7,6/100.000 habitantes. Entre 30 e 59 anos, os casos aumentaram de 6,0/100.000 habitantes, em 1998, para 9,7/100.000 em 2004. Entre as pessoas de 60 anos e acima, a mortalidade foi de 6,6/100.000 habitantes no primeiro ano e de 7,3/100.000 em 2004, mostrando maior concentração do sexo masculino (PORDEUS *et al.*, 2009).

Em levantamento das taxas de suicídio no estado do Ceará, em 1997, o coeficiente foi de 3,1/100.000 e onze anos depois, em 2007, foi de 6,3/100.000 habitantes, um aumento na taxa maior que a duplicação do valor. A razão entre os coeficientes padronizados por gênero indicou uma proporção média de 4:1 entre homens e mulheres (OLIVEIRA; BEZERRA FILHO; FEITOSA, 2012).

Em Fortaleza, Ceará, os dados de suicídios segundo estudo realizado pela SMS, não diferem das demais capitais brasileiras. No período de 1998 a 2008, a taxa de suicídio entre homens foi de 9,9/100.000 habitantes e 2,2/100.000 para mulheres (FORTALEZA, 2009).

Em relação às capitais brasileiras, para o período 2002-2012, houve um crescimento de 21,9%, menor do que nos estados para o mesmo período, já que os estados apresentaram um aumento de 33,6% nas taxas para a população geral. Já entre a população juvenil, de 15 a 29 anos, houve crescimento nas capitais de apenas 1,8%, bem menor que nos estados que foi de 15,3%. Esses números indicam que o foco de concentração dos suicídios incide no interior dos estados e, portanto, fora das zonas vicinais das capitais brasileiras, indicando um processo de fluxo de violência para o interior geográfico dos estados (WAISELFISZ, 2014).

O Brasil, apesar de ser um país de cultura histórica não suicida, apresentou municípios de altas taxas de suicídio (30 por 100 mil habitantes) o que equivale à taxa de

países como a Coreia do Sul e a Lituânia. Para a população em geral, o estado do Ceará apresentou Iguatu, Uruburetama e Canindé como figurando entre os 100 primeiros, precisamente na posição 79º, 88º e 93º com as taxas de 15,3; 14,8; e 14,6 suicídios por 100 mil habitantes, respectivamente, no ano de 2012. Entre a população juvenil, no Estado do Ceará, o município de Iguatu salta para a 13ª, com taxa de 22,4 suicídios por 100 mil habitantes. Canindé salta para a 20ª com 19 suicídios por 100 mil habitantes, Aquiraz entra na lista dos 100 municípios com mais casos de suicídios, ocupando o 23º lugar, taxa de 18,1; acompanhada de Sobral, 47º, taxa de 14,8 mortes por suicídio por 100 mil habitantes; Pacatuba, 56º, 13,1; Icó, 84º, taxa de 11,1 e, por fim, o município de Horizonte, no 96º lugar, com taxa de 10,3 suicídios por 100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2014).

Note-se que entre 15 municípios da região metropolitana da cidade de Fortaleza, capital do Ceará, quatro (Canindé, Aquiraz, Horizonte e Pacatuba) estão entre os 100 municípios de destaque na classificação de cidades brasileiras com maiores taxas de suicídios. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000), o Brasil apresenta 5.561 municípios, o que, em termos comparativos, mostra relevância o fato de uma cidade estar entre as 100 que apresentam maiores taxas de suicídio do País.

Em relação às comparações internacionais, o Brasil ocupa o 63º lugar na lista dos países com maiores taxas de suicídios entre jovens e o 60º em relação à população geral, muito embora em números absolutos esteja entre os 10 primeiros países com mais suicídios.

## **2.5 Suicídios nas forças armadas militares.**

Como as polícias militares e corpos de bombeiros militares são forças auxiliares das forças armadas é válido relatar que o suicídio é também um relevante problema de saúde em outros países, não somente concernente à população geral, mas também em relação aos militares das Forças Armadas.

Nos Estados Unidos, por exemplo, estatísticas divulgadas na mídia apontam para um grave problema de suicídio entre os militares empregados em zonas de guerra. Os números expressam que a quantidade de mortos em combate direto com os inimigos é menor do que o número de soldados que cometem o suicídio ao retornarem das regiões de guerra para o solo americano. O suicídio se torna, assim, mais perigoso que o próprio inimigo. O estresse pós-traumático é levantado como uma das possíveis causas desses suicídios (DÍEZ, 2013).



A reportagem indica que a desordem do estresse pós-traumático em situações de violência pode levar ao suicídio. Essa suspeita de causalidade se agrava frente ao dado de que o número de soldados americanos que cometeram suicídio após o retorno da guerra do Afeganistão é maior do que os que foram mortos na própria batalha.

Segundo Kuehn (2010), a desordem do estresse pós-traumático é um dos fatores de risco em militares retornando de guerras, já que entre 2004 a 2007, o diagnóstico de militares com o referido estresse aumentou de 2.931 para 10.137 e as taxas de suicídio aumentaram de 4,6% para 14,1% de 2005 a 2009. A conclusão é que no exército americano os soldados são mais perigosos para si mesmo do que os inimigos.

Nos EUA, onde a violência urbana é relevante, as taxas de homicídio ocupam a 33ª e 25ª posição, com taxas de 5,3 e 11,1 na população geral e jovem (WAISELFISZ, 2014). O Brasil apresenta taxas, aproximadamente, cinco vezes maior do que as taxas americanas, o que pode indicar que, apesar de não estar em guerra contra outro país, exista uma guerra interna com a violência urbana cotidiana e que, devido a essa violência os profissionais de segurança pública desenvolvam estresse semelhante aos vividos por soldados militares em guerra.

Verificou-se em pesquisa realizada nos EUA, sobre ideação suicida e tentativa de suicídio, que a relação entre serviço militar e esses dois desfechos ainda não está clara. Na referida pesquisa a prevalência de ideação suicida e tentativa de suicídio em veteranos de guerra, militares que retornaram dos campos de batalha, ficou aproximada das taxas da população geral. Todavia, infere-se que para a referida pesquisa tem-se um problema relevante de saúde pública também na estudada população que é subgrupo da sociedade da América do Norte (BOSSARTE *et al.*, 2012).

Em relação aos policiais americanos e a população americana, Stack e Kelley (1994) levantaram importantes reflexões acerca dos resultados de pesquisas encontrados até aquela data. Primeiro, as pesquisas em solo americano eram feitas com informações locais e, portanto, realizadas com poucos suicídios, com tamanho amostral pequeno. Era necessário, segundo eles, mais pesquisas de cunho global.

Segundo, a última estimativa nacional americana naquela época houvera sido realizada em 1950, 44 anos antes. Assim, cada época deveria ter sua própria estimativa devido às mudanças sofridas pela população e conseqüentemente pelas polícias. Terceiro, a maioria das pesquisas até aquela data tinha sido bastante falha em fazer a estratificação e/ou padronização de idade e de gênero, incorrendo em graves problemas de comparação estatística.

Ainda, Stack (2001) em estudo sobre ocupação nos Estados Unidos não evidenciou a polícia como grupo de risco. Guimarães (2012) relata que existe produção científica que enfatiza policiais e forças armadas nos EUA e na Inglaterra como grupos de risco, mas igualmente outros trabalhos que não encontraram significância estatística dessas diferença entre suicídios nos policiais e demais membros da população, expressando que as pesquisas necessitam de mais confiança quanto ao método utilizado.

Contudo, Guimarães (2012, p. 91) encontrou de acordo com a padronização de taxas, uma taxa média de 2006 a 2009 de 10,80 para policiais, perdendo apenas para os veterinários, 10,81 (diferença de 0,01) aceitando o fato de os policiais no Brasil terem maiores taxas do que o resto da população brasileira, mesmo após padronização de taxas por sexo e idade.

Acerca dos militares iranianos de idade jovem, em estudo sobre tentativas de suicídio, foi evidenciado que fatores biológicos, sociais, psicológicos e institucionais se associam ao comportamento suicida. Na pesquisa, problemas neurológicos aumentam o risco de suicídio, já a extroversão e a personalidade consciente são fatores protetores entre os jovens soldados (SOLTANINEJAD *et al.*, 2014).

Em artigo científico sobre fatores de risco de suicídio em soldados americanos, é confirmado um crescimento dos casos, bem como é expresso que há a necessidade de outros estudos. Fatores demográficos são apontados como altamente associados, tais como sexo, raça, idade, mas outros estudos são necessários para sedimentar a sua extensão. Entre os fatores de risco é ressaltada a experiência de vida estressante (NOCK *et al.*, 2013).

Estudo retrospectivo sobre mortes por armas de fogo na Academia Médica Militar de Gulhane (Turquia) encontrou mais mortes por suicídio 41,8% do que por homicídio e por acidentes. Foram analisados de 1993 a 2010, 153 casos, em que 152 eram homens e havia apenas uma mulher. Dos casos, 71,2% das vítimas apresentaram lesão na cabeça ou na região do pescoço (TOYGAR *et al.*, 2013).

### ***2.5.1 Relatos de suicídios em profissionais de segurança pública no Brasil***

Devido à escassez de trabalhos científicos quantitativos em âmbito nacional, que pudessem embasar a produção acadêmica sobre o tema de suicídio no trabalho, mormente, suicídio na segurança pública, é pertinente citarem-se relatos de suicídios divulgados na mídia impressa e na mídia publicada na rede mundial de computadores (*internet*) acerca do tema.

Nesse contexto, verifica-se parecer de Charleaux (2013) de que o Brasil não sabe nada sobre seus soldados suicidas. Para o autor, comportamentos suicidas poderiam ser diagnosticados facilmente se o Exército soubesse quantos de seus militares voltam de cada missão apresentando algum transtorno mental.

Quando o profissional militar viaja em uma missão, um dos maiores problemas enfrentados é o afastamento da família. Por exemplo, o Exército geralmente consegue detectar problemas emocionais e psiquiátricos por meio de “autorrelatos” padronizados (inventários). Com essa técnica o exército sabe se alguém tem um potencial suicida quando ele mesmo se apresenta. Os dados que o Exército maneja oficialmente são irreais, segundo Charleaux (2013), e se apoiam somente em “autorrelatos”.

Dos 17 contingentes brasileiros engajados em missão internacional nos últimos dez anos, a constatação foi que apenas quatro militares tiveram transtorno de ansiedade e outros três tiveram depressão, número provavelmente subnotificado, mas, como o próprio exército declara, nunca se saberá da incidência no universo total de militares envolvidos na missão até que os casos aconteçam (CHARLEAUX, 2013).

No Brasil, observa-se relato de prevenção ao suicídio no Programa de Valorização Humana, semelhante aos trabalhos de terapia de grupo realizados pela Polícia Militar e Polícia Civil no estado de São Paulo, em seu centro de apoio biopsicossocial.

Nele é ressaltado o programa de valorização humana (PVH), com um ano de existência no ano de 2000, conseguindo a redução de suicídios que chegou ao expressivo resultado de 30 suicídios por ano, em 1998 e 1999. De acordo com o relato 60% dos mortos em casos de suicídio tentaram ajuda de um médico antes de cometer o ato. O programa de acompanhamento de policiais envolvidos em ocorrências de alto risco e o PVH são exemplos de programas de prevenção no estado de São Paulo, para policiais militares. No relato é enfatizado que existe preconceito contra o trabalho de psicólogos no meio da tropa militar, mas o panorama vem mudando pelo aumento do número de consultas registradas (FURHMANN, 2000).

O comandante do mencionado setor psicológico confirma que mais de 3000 policiais procuraram o setor psicológico para ajuda, enquanto mais de 1300 familiares de policiais também foram atendidos. Os principais motivos de procura foram conflitos internos, conjugais, profissionais, com filhos, familiares e, por fim, dependência química. No setor, a maior preocupação é o estresse com os policiais. É informado ainda no relato que existem tropas de alto nível de estresse e risco que já estão sendo monitoradas semestralmente para medir o nível de tensão e a situação psicológica de seus integrantes (FURHMANN, 2000).

Na Bahia, estado igualmente da região Nordeste como o Ceará, encontrou-se um problema de suicídios na segurança pública, de acordo com relato veiculado na “*internet*”. Nele é informado o suicídio de um policial militar com 22 anos de serviço, pertencente ao quartel da cidade de Muritiba. O comandante do interior baiano ressaltou que é necessário instalar um programa de valorização profissional (CARDOSO, 2013).

Na pesquisa anteriormente mencionada, encontrou-se concordância com estudos de Violanti (1995) acerca da impressão de o policial estar trabalhando sob imagem negativa por parte da sociedade. Ainda, existiria um sentimento de ambivalência social acerca da Polícia como é vista em um trecho do relato “[...] a polícia de perto incomoda e de longe faz falta [...]”. Ainda, o número expressivo de suicídios no estado da Bahia, constado no relato, 13 suicídios em aproximadamente um ano e meio, é relacionado com estresse com a sociedade e internamente em seu ambiente profissional, muito embora, também seja relatado o avanço na melhora do trato interpessoal entre comandados e subordinados (CARDOSO, 2013).

No ano de 2014, notabilizou-se nacionalmente o suicídio de um coronel dentro da Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança em Manaus, Amazonas. Observa-se, no caso, o uso da arma de fogo e tiro em região letal (cabeça), corroborando a literatura científica atual acerca do tipo de suicídio por militares. O crime foi cometido na frente de outros servidores. Havia junto ao corpo do oficial um bilhete endereçado à sua mulher (GERALDO, 2014).

No estado do Ceará, no ano de 2013, constatou-se o relato de um jovem soldado que não resistiu à punição disciplinar que lhe fora imposta. O suicídio teria sido, em tese, motivado pela sanção militar em virtude do uso obrigatório do fardamento boina, cobertura de cabeça, que não estava sendo usada pelo militar em razão de tratamento capilar, o que gerou discussão entre o soldado e um oficial culminante na sua detenção disciplinar (FERREIRA, 2013).

Nesse primeiro relato de suicídio militar no Estado do Ceará, vale ressaltar que existe uma tradição milenar acerca dos usos e costumes entre militares, passando pelo óbvio que uma pessoa que procure trabalhar na profissão de segurança pública, nas fileiras da PM, saberá as tradições encontradas, pois além do senso comum acerca da profissão, todos os militares passam por curso básico de preparação. No entanto, o uso de arma letal, bem como a idade jovem (15 a 29 anos) mostram-se, no caso, como fatores de risco para o cometimento de suicídio (FERREIRA, 2013).

Ainda no Estado do Ceará, registra-se relato de suicídio policial por motivações passionais. Uma tragédia que chocou os moradores da vizinhança do local. No relato sobre o policial, a motivação do suicídio não tem razões aparentes com conflitos no trabalho, mas traz novamente à tona o uso de meio letal empregado para fim diverso e ensejando o cometimento de homicídio seguido de suicídio (PM..., 2013).

Pelos relatos na mídia, esperou-se que a Polícia Militar tivesse um número superior de suicídios que as demais instituições da SSPDS (CE) estudadas. Porém, também foi encontrada notícia da mídia acerca de suicídio de policial civil. O fato ocorreu na cidade de Tianguá, com um inspetor de 48 anos de idade e 12 anos de serviços prestados na segurança pública. A lesão mais uma vez na região da cabeça (SUICÍDIO..., 2014).

Nesse caso, novamente o uso de arma de fogo, mas a idade foge ao padrão de maior risco da faixa jovem ou idosa. As mensagens relatadas em tom de despedida confirmam a literatura científica que expressa que na maioria dos casos existe um aviso prévio no caso de suicídio. A motivação exata do suicídio não foi relatada. Observou-se também que mesmo não utilizando a arma de trabalho é costume entre policiais civis e militares portarem uma arma de fogo particular (SUICÍDIO..., 2014).

A fim de mostrar a atualidade do tema e a necessidade hodierna de prevenção, observou-se um recente relato de suicídio. O caso se deu com um policial militar que trabalhava em Icó no Ceará e estava afastado por problemas psiquiátricos. O suicídio, porém, aconteceu em outro estado, Paraíba. A pistola estava ao lado do corpo e o policial tinha problemas de saúde mental e fazia uso de medicamentos (LIRA; LIRA, 2015).

De acordo com as informações, vê-se outro fator de risco para o suicídio, neste caso da PMCE, a doença mental. Mesmo estando afastado do serviço diário, é provável que um policial utilize uma arma particular já que em suas horas de folga, devido ao seu labor de combater o crime, um policial pode ser vítima de vinganças por parte da criminalidade. Assim, a proibição de o militar usar a arma de serviço em suas horas de folga conduz a compra da arma particular que produzirá o mesmo risco para o suicídio (LIRA; LIRA, 2015).

Para Dejours (2010), todos os países do mundo ocidental estão sujeitos à emergência de suicídio no próprio local de trabalho. Segundo o referido psiquiatra e pesquisador da área de doença mental, a ocorrência de um único suicídio no ambiente de trabalho já é um fato marcante, uma mensagem brutal.

### ***2.5.2 A necessidade de diálogo e produção científica sobre o suicídio na segurança pública***

A ABP (2014) considera a falta de diálogo acerca do suicídio como um dos sete mitos a serem quebrados diante da prevenção. De fato, como relatam estudos sobre o tema morte, a finitude do ser é um dos temas de maior tabu para a população ocidental gerando negação ou não aceitação do ponto de vista individual e gerando o isolamento, a solidão do ponto de vista interpessoal (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

No Brasil, o suicídio cresceu, mas foi obscurecido pela maior quantidade de homicídios (WAISELFISZ, 2014).

Dados da OMS mostram o Brasil como o primeiro país do mundo na classificação de maior número de homicídios, com estimação de 64,3 mil homicídios dos aproximadamente 475mil ocorridos no mundo em 2012. O referido número é superior ao de países que estão em guerra como Afeganistão, Iraque e Líbia. Isso deixa claro uma condição atual de guerra urbana na sociedade brasileira (WHO, 2014a).

Em relação ao autoextermínio, de acordo com o mapa da violência 2014, o tema suicídio deveria ter sido mais abordado, mais estudado e discutido pela comunidade científica, pela população e pelos gestores. Nesse sentido, o suicídio por imitação é temido por alguns profissionais da área de comunicação social, em virtude do efeito Werther, crença difundida após a publicação na Europa do livro *Os sofrimentos do jovem Werther*, de Goethe. Referida obra desencadeou uma séria de suicídios em jovens europeus idênticos ao caso retratado no livro, contribuindo assim para a falta de diálogo sobre o problema, uma vez que os jornalistas evitam relatar fatos ou notícias que abordem o tema suicídio, sob o receio de incentivarem novas tentativas(WAISELFISZ, 2014).

Dessa forma, concordando-se com os estudos da ABP, percebe-se que é necessário romper um paradigma de silêncio sobre o tema, desmitificando posturas inflexíveis, principalmente, acerca da necessidade do diálogo.

Nessa linha de pensamento, entendendo-se a argumentação acima exposta, é preciso falar, escrever, compartilhar informações sobre o tema, de forma coerente, ética e responsável, a fim de que o silêncio não gere abandono e isolamento, relegando mais pessoas a se tornarem vítimas de si mesmas.

A saúde pública e a segurança pública são direitos sociais vigentes no Brasil. Assim, devido a sua característica social, apresentam interfaces com diversas ciências afins, tais como Antropologia, Economia, Ética, História, Sociologia, Filosofia, Política, entre outras, consideradas pela literatura científica hodierna como basilares para o conhecimento da

realização da vida, do trabalho, do adoecimento, da saúde e da morte, bem como aos cuidados dos enfermos. As referidas disciplinas norteiam a investigação e a busca da conexão de significância entre o natural, o social e o cultural. Os conceitos de coletividade, de sociedade, de indivíduo, de representação e de ação são considerados básicos para a apreciação da saúde e vem ao encontro do tema em estudo, o suicídio, a propiciar subsídio para a produção científica quantitativa e/ou qualitativa (CAMPOS *et al.*, 2009).

No tocante ao tema, observa-se que nas bases de dados Scielo e Lilacs as publicações científicas na América Latina e no Brasil são escassas ou, como se vê na base Medline, pouco tem retratado os profissionais de segurança pública como sujeitos passíveis de doenças ou agravos externos, mas ordinariamente eles são analisados como atores ou perpetradores de violência (MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA, 2011).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, os autores ressaltaram os riscos de suicídio entre policiais em virtude do uso de armas de fogo, constante possibilidade de morrer ou sofrer lesões em conflitos com a criminalidade, incompatibilidades com o sistema penal, percepção entre os policiais de estarem trabalhando sob uma imagem negativa diante da população, acrescido ao fato de a maioria dos policiais serem homens (VIOLANTI, 1995).

Ainda, Violanti (1995) relata que existe uma resistência entre os chefes de polícia em fornecer os dados sobre o suicídio. Afirma ainda que muitos suicídios podem ser registrados como acidentes ou mortes indeterminadas já que existe uma adesão de policiais em sua crença de indestrutibilidade, além da crença de que o suicídio seria uma desgraça para um policial e para toda a profissão.

Tratando sobre suicídio na segurança pública em sua dimensão humana, Van Haute e Violanti (2015) relatam que existe escassez de trabalhos sobre o suicídio praticado por bombeiros. Eles indicam que os poucos estudos no serviço de bombeiro realizados nos EUA apontam a possibilidade de abuso de álcool e a existência de distúrbios do sono associado a essa atividade laboral.

Savia (2008), em estudo sobre os bombeiros da Carolina do Norte, encontrou que as mortes por suicídio entre 1984 a 1999, superaram aproximadamente três vezes o número de mortes em linha de frente do trabalho de bombeiro.

O Conselho Nacional de Bombeiros Voluntários (National Volunteer Fire Council - NFCV) dos EUA relatou estudo sobre a saúde mental dos bombeiros americanos chegando à conclusão de que 25% dos bombeiros estudados consideraram, em algum momento, a possibilidade de suicídio em suas vidas, bem como 43% dos homens e 39% das mulheres bombeiras apresentaram pontuação positiva para depressão e 11% dos homens e 8% das

mulheres apresentaram associação para o “distúrbio do estresse pós-traumático” (NFCV, 2012).

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de aprofundamento do tema suicídio no seio da segurança pública.

## **2.6 Prevenção do suicídio**

Na contextualização do tema “morte”, existe para a investigação científica a necessidade de transversalidade e interdisciplinaridade, o que converge ao tema suicídio. Sobre o assunto é necessário que se faça uma reflexão responsável. Essa reflexão se fortalece quando ancorada em áreas afins da ciência como Filosofia, Biologia, Ética, Medicina, Bioética, Psicologia, Antropologia e domínios afins, posto haver conhecimentos inatingíveis quando há limitação investigativa (PIMENTEL, 2012).

Para Marx (2006), a miséria seria a maior causa de suicídios, todavia, a autodestruição seria encontrada em todas as classes sociais, tanto em pessoas de alto poder financeiro como em artistas e políticos, por exemplo. A multicausalidade do suicídio escaparia à censura de moralistas justamente por não acharem uniformidade na origem de tal fenômeno.

Porquanto, concordando-se que o suicídio é de natureza multicausal e multifatorial, entende-se que a abordagem sobre o tema abre possibilidades para análises de caráter em sentido amplo. A prevenção, portanto, necessita desse esteio, a fim de melhor atuar na redução dos altos números de suicídios encontrados mundialmente.

Em termos de políticas públicas internacionais e nacionais, registra-se que em 1999, a OMS lançou o SUPRE (*Suicide Prevention Program*). Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio com objetivos: 1- desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; 2- informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; 3 - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; 4 - promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência (BRASIL, 2006).



Como já foi relatado no presente estudo, o suicídio é considerado tabu em vários países e culturas. Todavia, mitos que se espalharam no inconsciente coletivo estão sendo hoje desmitificados pelo acesso à informação e à pesquisa.

Com o objetivo de contribuir para esse processo de educação e de esclarecimento, a Associação Brasileira de Psiquiatria(2014) e a Organização Mundial de Saúde (2014b) elencam alguns mitos, a fim de que eles sejam desconstruídos a bem da prevenção.

O primeiro mito expressa que uma vez suicida, uma pessoa será sempre suicida. A literatura aborda que os pensamentos suicidas são muitas vezes repentinos e serão mais fortes em determinadas situações de estresse, mas muitas pessoas que já pensaram em se matar ou que tentaram se matar podem conviver com suas dificuldades e ter uma vida longa, bem como podem superar essa tendência suicida.

O segundo mito é aquele que diz que falar sobre suicídio irá encorajar as pessoas a se matar. Esse mito faz com que muitas pessoas que estão precisando de ajuda, principalmente por meio do diálogo, não tenham com quem conversar. Desconstruir esse mito enseja oportunidade para as pessoas falarem abertamente sobre seus problemas.

O terceiro mito diz que somente pessoas com problemas mentais são suicidas. Esse é um mito que produz inibição em muitos indivíduos em procurar auxílio, por medo de serem estigmatizados como loucos ou doentes mentais. A literatura médica baseada em casos clínicos aponta que pessoas que não têm problemas mentais podem cometer suicídio, bem como outras várias pessoas com problemas mentais jamais pensaram ou pensarão em se matar. Exemplo disso são os casos de eutanásia por doenças terminais. Pessoas com câncer terminal, por exemplo, não tendo nenhuma doença mental, fazem uso do suicídio assistido para acabar com sua dor física.

O quarto mito é que muitos suicídios aparecem repentinamente sem aviso prévio. Os estudos de casos sobre suicídio informam que a maioria dos suicidas tentou pedir socorro direta ou indiretamente antes de consumir o ato extremo. Portanto, jamais se deve subestimar ou desprezar uma ameaça de suicídio.

O quinto mito sustenta que alguém que apresenta tendência suicida está determinado a morrer. A tendência suicida pode ser passageira, pois em muitos casos o desejo de morrer vem com um problema considerado grave, mas é solucionável. Passada a dificuldade, o desejo de morrer também passa. Ainda, um dos sentimentos mais fortes nos portadores de tendência suicida é a ambivalência entre querer viver e querer morrer, logo o desejo de querer viver pode e se apresenta mais forte em algumas pessoas.

O sexto mito faz acreditar que as pessoas que falam sobre suicídio não irão praticá-lo. Muitas pessoas falam sobre suicídio na expectativa de obter ajuda e, portanto, deve-se estar sempre atento para auxiliar alguém que tenta apoio na família, nos amigos ou em um determinado interlocutor de sua confiança.

O sétimo mito relata que é proibido para a mídia abordar o assunto suicídio. Não existe proibição legal no ordenamento jurídico brasileiro acerca disso, ao contrário, falar sobre o assunto de maneira madura e com fins de prevenção irá ajudar muitas pessoas que talvez não entendam o problema pelo qual estão passando e irá mostrar onde elas podem procurar ajuda. “Informar para prevenir” é uma máxima que se aplica nesse caso.

O oitavo mito revela que quando uma pessoa com tendência suicida apresenta melhoras ou escapa de uma tentativa, ela não irá mais tentar se matar. Essa é uma afirmativa falsa de acordo com os estudos de casos sobre o tema. Uma melhora pode significar que a dúvida sobre morrer ou viver passou, quando a pessoa decide morrer sua angústia aparentemente passa, por acreditar ela que seus problemas serão solucionados, enquanto ela aguarda o momento oportuno para praticar seu autoextermínio. Vale atentar que o principal e mais forte dos fatores de risco para consumir um suicídio é uma tentativa de suicídio anterior.

Por fim, tem-se o nono mito de que o desejo de se matar é uma decisão individual e de livre exercício do livre arbítrio de uma pessoa. Muitas vezes, o desejo suicida se apresenta por problemas que momentaneamente parecem sem solução; mas, em muitas ocasiões, outras pessoas podem prover uma solução que não existia ou encontrar uma solução não vista pela pessoa em crise. Existem correntes de pensadores que acreditam na causalidade suicida pela força sociológica, portanto, outras pessoas estarão sempre envolvidas, mesmo não sendo causas, mas sofrendo as repercussões de um suicídio.

### ***2.6.1 Percepção de (in)segurança para a prevenção***

A presente pesquisa aborda temas que se tangenciam e se interconectam dependendo da perspectiva e da profundidade que são retratados. Nessa perspectiva, citam-se dois campos constitucionalmente elencados como direitos sociais do cidadão (art. 6º, *caput*, da CF/88), a saúde e a segurança, setores que interagem entre si, um é afetado pelo outro e vice-versa.

A propósito, entende-se que a população em geral terá uma atenção mais focalizada no tema em debate deste estudo, uma vez que são afetadas diretamente pela boa ou má prestação estatal dos serviços de saúde e de segurança.

Além disso, dá-se ênfase que para além da existência de bom ou mau serviço estatal, existe a percepção que cada cidadão tem da fruição desses direitos, posto que, por mais que exista um panorama geral aceitável ou bem empregado dos recursos públicos, é importante para cada cidadão a impressão pessoal que ele ou ela tenha sobre a aplicação dos referidos esforços governamentais.

Em referencia às causas externas compostas pelos homicídios, suicídios e acidentes, analisa-se o impacto que a violência causa nas áreas de saúde, no atendimento hospitalar, na necessidade de ambulâncias para emergências pré-hospitalares, etc. a impressionar e influenciar o juízo de valor que a população faz da saúde e da segurança. Nesse sentido, salienta-se que no já distante ano de 1997, segundo a política nacional de redução da morbimortalidade por violências, os gastos na área de saúde foram de mais de 232 milhões de reais (BRASIL, 2002).

Em contraste, segundo o 8º Fórum Brasileiro de Segurança Pública, a despesa per capita de 2006 a 2011 para segurança pública nos estados do Brasil aponta o estado do Ceará com o valor aproximado de R\$ 54,00, penúltimo valor na tabela das 27 unidades federais (BRASIL, 2012a).

Em relação às causas externas de homicídios, é observada a escalada da insegurança sofrida pelos brasileiros. Essa insegurança é, obviamente, mais percebida e sentida em virtude do acesso crescente à comunicação e da midiatização da violência nos meios de comunicação social.

No período de 2005 a 2011, segundo dados do IBGE (2011), a população brasileira a partir de 10 anos de idade cresceu aproximadamente 9,7%, e o número de pessoas que usaram a Internet aumentou 143,8%. A saber, o número de internautas no Brasil cresceu 45,8 milhões. O que é um número expressivo considerando que a população brasileira é de quase 200 milhões de habitantes. Quanto à telefonia móvel, o crescimento foi em torno de 107%, aproximadamente, 60 milhões a mais de brasileiros utilizando telefones móveis.

Assim, contempla-se que, para além da violência em si, a percepção sobre a violência tem sido incrementada em virtude do acesso à informação por parte da população brasileira, provavelmente afetando a saúde mental da população.

### **2.6.2 Fatores de risco**

Os fatores de risco são importantes para indicar pontos frágeis ou vulnerabilidades em determinados grupos de estudo.

Segundo a ABP (2014), os dois principais fatores de risco são a tentativa prévia de suicídio e a doença mental em suas muitas variações, tais como depressão, alcoolismo, abuso de outros tipos de drogas, transtorno bipolar, transtorno de personalidade e esquizofrenia. Muitas vezes, as referidas doenças não são diagnosticadas para o devido tratamento e dentre essas, a que mais se associa com o suicídio é o transtorno bipolar, chegando a ser 30 a 60 vezes mais comum o suicídio de pessoas que apresentam o referido transtorno psíquico (SOUZA, 2012).

Segundo a supramencionada associação, destacam-se ainda os sentimentos de desesperança, desamparo, desespero e impulsividade. A idade jovem e o gênero masculino são também fatores de risco. As doenças clínicas não psiquiátricas entram nessa lista como HIV, esclerose, lúpus, entre outras. Os eventos adversos na infância e na adolescência são também fatores de risco para o suicídio. Casos de suicídio na família e até fatores genéticos também são considerados fatores de risco.

A ABP ainda considera os fatores sociais estabelecidos por Durkheim (1982 [1897]), como sendo de risco. Assim pessoas que moram sozinhas, encontram-se desempregadas, não têm filhos, são solteiras, separadas ou viúvas, são por demais ligadas a um trabalho ou grupo social, a saber, as pessoas que vivem fora do equilíbrio social: com os laços enfraquecidos ou demasiadamente “apertados” ao corpo social estão em situação de risco, podendo cometer o suicídio egoísta, altruísta, anômico ou fatalista.

Costa (2013) concorda com os três modelos explicativos para o suicídio: o psicológico, no qual o suicídio é resultado de um conflito interno de natureza mental no indivíduo; o nosológico, no qual o suicídio está relacionado com uma doença e o sociológico, comportamento possível frente a situações sociais.

Assim, a vulnerabilidade para o suicídio está associada às doenças mentais, às desordens relacionadas ao álcool (alcoolismo), ao abuso de substâncias, à violência, às perdas, à história de tentativa de suicídio, ao isolamento social, ao abandono, à exposição à violência intrafamiliar, à história de abuso físico ou sexual, aos transtornos de humor e de personalidade, à impulsividade, ao estresse, ao uso de álcool e de outras drogas, à presença de eventos estressores ao longo da vida, ao suporte social deficitário, aos sentimentos de solidão, de desespero e de incapacidade, ao suicídio de um membro da família, à pobreza, à decepção amorosa, ao conflito da identidade sexual, às condições de saúde desfavoráveis, à baixa autoestima, ao rendimento escolar deficiente e à dificuldade de aprendizagem (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005; BAPTISTA; BORGES; BIAGI, 2004; BORGES; WERLANG, 2006).

### ***2.6.3 Fatores de proteção***

Os fatores de proteção são igualmente importantes para a realização do contraponto de equilíbrio ou procura de antídoto para as situações adversas relacionadas ao suicídio. De forma geral, eles seriam o contrário dos fatores de risco.

Nesse sentido, relacionam-se: boa relação com os membros da família, confiança em outra pessoa, residir com crianças (fatores familiares), habilidades sociais (adaptação), procura por ajuda e por conselhos, autoestima alta, abertura para novas experiências e aprendizados, habilidade em comunicar-se, receptividade para a ajuda dos outros e projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); Valores culturais, lazer, esporte, religião, espiritualidade, boas relações com amigos e colegas (interpessoalidade), relações com docentes e outras pessoas adultas, apoio de pessoas importantes e amigos que não sejam viciados em drogas (fatores culturais e sociodemográficos); e uma dieta saudável, boa qualidade do sono e atividade física (fatores ambientais) (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

### **3 HIPÓTESES**

1. A taxa de suicídios para a população de profissionais de segurança pública do Estado do Ceará é maior que a taxa de suicídios da população em geral;
2. A Polícia Militar possui a maior taxa de suicídios entre as instituições de segurança pública do Estado do Ceará;
3. As tentativas de suicídio com utilização de arma de fogo apresentam a maior frequência, entre todos os métodos utilizados;
4. Os registros de suicídio em profissionais de segurança pública estão associados à doença mental.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Caracterizar a magnitude, o perfil e fatores de risco relacionados aos casos de suicídios, entre 2000 e 2014, e tentativas de suicídio, entre 2010 e 2014, em profissionais de segurança pública do Estado do Ceará.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Estimar as taxas de suicídios, entre 2000 e 2014, praticados por profissionais de segurança pública do Estado do Ceará;
- Estimar as taxas de tentativas de suicídio na região metropolitana de Fortaleza, entre 2010 e 2014, por profissionais de segurança pública do Estado do Ceará;
- Descrever o perfil sociodemográfico, laboral e de personalidade dos profissionais de segurança pública do Estado do Ceará que tentaram suicídio;
- Identificar os potenciais fatores de risco relacionados para os suicídios e para as tentativas de suicídio por profissionais de segurança pública.

## 5 JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica em virtude do suicídio ser um problema mundial de saúde e o Brasil apresentar-se, em 2014, em 8º lugar na classificação mundial de países com mais suicídios, em números absolutos (WEISELFISZ, 2014; WHO, 2014c).

Conforme já citado neste trabalho, no plano de ação em saúde mental da OMS, 2013, ficou estabelecido pelos seus estados membros que as taxas de suicídios devem ser reduzidas no mundo em 10% até o ano de 2020. Como o Brasil é estado-membro da OMS, as pesquisas sobre o tema suicídio convergem para ajudar no dimensionamento do problema no país, servindo de subsídio para prevenção e políticas públicas.

Tendo em vista a escassez de trabalhos científicos quantitativos sobre o comportamento suicida relacionado ao trabalho, bem como em profissionais de segurança pública do Brasil e também no Ceará, o presente estudo vem colaborar com o acesso à informação acadêmica de interesse geral.

Em pesquisa no sítio eletrônico da biblioteca virtual da UFC, foram encontrados 97 resultados para a pesquisa da palavra “suicídio” e dentre todos os títulos verificados, nenhum tratava do objeto deste estudo ou narrativa de profissionais de segurança pública enquanto vítimas de suicídio.

Em relação aos profissionais em estudo, é possível perceber que esses lidam, em seu cotidiano, com a violência e a morte. A literatura aponta que os profissionais de segurança pública estão entre os que mais sofrem de estresse, como a síndrome de “burnout” e vários sofrimentos psíquicos, pois estão constantemente expostos ao perigo e à agressão, devendo frequentemente intervir em situações de problemas humanos de muito conflito e tensão, conhecidas como: situações-limite (ARAÚJO, 2013; FREIRE, 2013; PAIXÃO, 2013).

A necessidade de dimensionar a magnitude, descrever o perfil e indicar os fatores associados aos suicídios e às tentativas de suicídio entre os profissionais de Segurança Pública do Estado do Ceará enseja oportunidade de intervenções de prevenção, caso sejam necessárias.

### 5.1 Justificativa pessoal

Para além da relevância social geral que justifica a presente pesquisa, o proponente deste trabalho acadêmico participa do grupo de estudo das causas externas da Universidade Federal do Ceará, coordenado pelo Professor Dr. José Gomes Bezerra Filho e



pela Professora Dr<sup>a</sup> Regina Fátima Gonçalves Feitosa, no qual um dos principais objetivos é a produção científica acadêmica.

Quanto ao proponente, é oficial do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará há 19 anos, trabalhando operacionalmente há 12 anos no Núcleo de Busca e Salvamento, setor responsável pelo resgate de pessoas em ocasiões de tentativas de suicídio, vislumbra, pois, a prevenção de tentativas de suicídio como melhoria do serviço público em que serve. Tendo já produzido monografia sobre o trabalho ativo de resgates em tentativas de suicídio pelo CBMCE e sua parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), como exigência do curso de especialização em Cidadania, Direitos Humanos e Segurança Pública (UFC), observou também a necessidade de olhar para os profissionais de segurança pública, vítimas de terceiro grau em potencial (Bruck, 2007), como componentes de um possível grupo de risco para o suicídio.

Registra-se que o autor é atuante na prevenção de suicídio, colaborador do Projeto de Apoio à Vida (PRAVIDA – UFC), sendo palestrante por três anos seguidos (2013, 2014 e 2015) no curso anual de prevenção ao suicídio realizado pela coordenação do citado projeto e divulgando o PRAVIDA, em forma de trabalho acadêmico (PRAVIDA, A Brazilian way to connect university to the population for suicide prevention/PRAVIDA, uma forma brasileira de conectar a universidade com a população para a prevenção do suicídio), trabalho aprovado com apresentação oral do autor na 48<sup>a</sup> Conferência Americana de Suicidologia, na cidade de Atlanta (EUA), em 15/04/2015.

O jornal Diário do Nordeste divulgou essa apresentação internacional no blog de Roberto Moreira, no dia 19 de abril de 2015 (disponível em meio eletrônico)<sup>1</sup>. No dia 02 de maio de 2016, a pesquisa dessa dissertação foi divulgada na página “Polícia” do jornal Diário do Nordeste<sup>2</sup>.

Ainda no ano de 2015, o trabalho “Perfil das mulheres que tentaram o suicídio e foram atendidas em instituições públicas de Fortaleza-Ceará” foi aprovado em coautoria deste pesquisador para apresentação no congresso anual da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2015). O artigo “tentativas de suicídio em um hospital de emergência de Fortaleza, Ceará, Brasil” encontra-se no livro Violências e Acidentes II de organização do Prof. Gomes (UFC), no qual o pesquisador desta dissertação é coautor.

---

<sup>1</sup> <http://blogs.diariodonordeste.com.br/robertomoreira/comportamento/capitao-do-corpo-de-bombeiros-do-ceara-participa-de-conferencia-americana-sobre-suicidiobrasil-entre-os-10-paises-do-mundo-com-maior-numero-de-casos/>

<sup>2</sup> <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/policia/policial-tem-5-vezes-mais-risco-de-suicidio-1.1541729>.

No campo de prevenção do suicídio através da arte, o pesquisador foi agraciado com o prêmio Jäder de Carvalho da Secretaria de Cultura do Estado do Ceará (2010) pela produção e publicação do livro “O Suicídio de Benício e a Adoção de Estela” (Romance baseado em fatos reais - ISBN 857924101-7) e atua, desde o ano de 2003, na peça transcendental “Memórias de um Suicida” baseada no romance homônimo, tendo batido o recorde de público do Teatro Dragão do Mar em Fortaleza, no ano de 2003, com apresentações nos anos seguintes nas cidades do Macapá (AP), Natal (RN), Teresina (PI), Maceió (AL), Goiânia (GO), Juiz de Fora (MG), Florianópolis (SC), João Pessoa (PB), Aracaju (SE) e diversas cidades do interior cearense, bem como na Mostra Brasileira de Teatro Transcendental, maior evento beneficente do Estado do Ceará.

Nos anos de 2015 e 2016 (corrente), o autor desta dissertação ministrou inúmeras palestras gratuitas e participou de mesas redondas em parceria com o Instituto Bia Dote de prevenção ao suicídio nas cidades de Canindé, Aracati, General Sampaio, Fortaleza, estando agendado para ministrar palestras nos meses de agosto, setembro e outubro do corrente ano, nas cidades de Sobral, Santa Quitéria, Maracanaú e Caucaia.

No Corpo de Bombeiros e na Academia Estadual de Segurança Pública ministrou nove palestras sobre suicídio, prevenção e negociação em resgate para turmas diferentes do curso de formação de soldados do CBMCE e do curso de formação de oficiais.

De acordo com a literatura científica, o pesquisador-autor do presente estudo é enquadrado como “sobrevivente de suicídio”, por ter perdido um ente familiar no ano de 2007 pelas vias do suicídio, mas trabalha na prevenção e resgate em casos de suicídios, não esmorecendo em pugnar pela preservação da vida e no combate ao autoextermínio, seja no trabalho profissional, na vida acadêmica ou nas artes literárias e teatrais.

## **6 MÉTODO**

### **6.1 Primeiro capítulo: suicídios**

O estudo foi dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo foi elaborado sobre os casos de suicídio e o segundo capítulo sobre os casos de tentativas de suicídio.

#### ***6.1.1 Delineamento do estudo***

Tem-se estudo epidemiológico de série histórica, realizado por meio do levantamento dos dados de registros de óbitos de profissionais de segurança pública do Estado do Ceará arquivados em meio digital na Perícia Forense, na unidade federada, no período de 2000 a 2014.

#### ***6.1.2 Local do estudo***

Os suicídios foram analisados pelos registros de óbitos obtidos no banco de dados da Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE), elaborado em formato excel e digitado pelos profissionais da tecnologia da informação da PEFOCE, a partir das declarações de óbito geradas pelos trabalhos de medicina legal da supracitada instituição.

O estudo sobre o suicídio de profissionais de segurança pública abrangerá todo o território do Estado do Ceará.

#### ***6.1.3 População e amostra***

A população é composta de todos os casos de mortes de profissionais de segurança pública do estado do Ceará, que deram entrada no serviço de verificação de óbitos da PEFOCE, entre 2000 a 2014.

Não houve amostragem uma vez que todas as pessoas que tiveram como causa da morte oficial o óbito por suicídio, no período de 2000 a 2014, estão registradas no banco de dados e fazem parte do objeto de estudo.

Vale ressaltar que, muito embora todos os casos oficialmente registrados foram acessados por meio desta pesquisa, dentro dos próprios registros oficiais existe subnotificação uma vez que “a morte indeterminada” e/ou os acidentes de trânsito podem ser suicídios

disfarçados. Além disso, é possível o erro de digitação durante o preenchimento do banco virtual da PEFOCE.

#### ***6.1.3.1 Critérios de inclusão***

Foram incluídos na pesquisa, todos os casos de suicídio praticados por profissionais de segurança pública que foram registrados no banco de dados da PEFOCE (Arquivo em formato excel), entre os anos de 2000 a 2014.

#### ***6.1.3.2 Critérios de exclusão***

Foram excluídos os casos de suicídio registrados fora do período de estudo, bem como o de suicídios que não foram de profissionais da segurança pública estadual cearense.

#### ***6.1.4 Coleta de dados***

A coleta foi realizada pelo autor no banco de dados da PEFOCE, devidamente autorizada pelo comitê de ética da UFC, via plataforma Brasil, e da Coordenação de Medicina Legal daquela instituição, por meio de carta de anuência. Os dados foram gravados em meio digital (*pen drive*) em arquivo formato excel.

##### ***6.1.4.1 Variáveis do estudo***

Foram utilizadas as variáveis registradas no arquivo digital do instrumento declaração de óbito: local de suicídio, tipo de óbito, data, estado civil, idade, sexo, raça, ocupação (profissão) e meio utilizado na causa morte. Além disso, foram utilizadas as variáveis renda, patente ou título funcional e tipo de serviço prestado, obtidas através do complemento de dados com os setores de recursos humanos das instituições. A variável desfecho foi “suicídio”.

#### 6.1.4.2 Instrumento

Foram utilizadas informações dos dados existentes na PEFOCE baseadas nas declarações de óbito (Anexo A).

#### 6.1.5 Análise estatística

Foram calculadas as taxas de suicídio anuais e médias (por 100.000 habitantes) para a população de profissionais de segurança pública do Estado do Ceará no período de estudo. Analogamente, foram colhidas da literatura científica e DATASUS as taxas anuais dos casos de suicídio da população geral do Ceará, a fim de proceder à comparação.

As taxas de mortalidade por suicídio (TMS) foram calculadas com a seguinte fórmula geral (MEDRONHO, 2009):

$$TMS = \frac{\text{Número de suicídios, na área A, no período P} \times (100.000)}{\text{População média da área A, no período P}}$$

Foram calculadas também as taxas (por 100.000 habitantes) para sexo, grupo etário (jovens de 15 a 29 anos, meia idade 30 a 59 anos e idosos, acima de 60 anos).

Ainda, foram calculadas as taxas anuais de suicídio para cada instituição vinculada (PMCE, CBMCE, PCCE e PEFOCE), a fim de evidenciar comparação interna entre os profissionais de segurança pública.

Para comparação mais específica das taxas, uma padronização direta foi utilizada para eliminar os efeitos de qualquer diferença de idade e sexo entre as duas populações, portanto aplicando as taxas de suicídio duas populações a uma única população padrão. A fórmula utilizada foi:

$$T_{pd} = \frac{\sum(T_{xi} * \text{População Padrão})}{\text{População Padrão Total}}$$

A partir da data do óbito foram calculados os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) para cada caso de suicídio e para todos os casos conjuntamente, relativos à vida útil

de trabalho, idade considerada para 75,2 anos, para profissionais de segurança pública. Mediante a fórmula (DEMPSEY *apud* MEDRONHO, 2009):

$$AVPV = \sum_{x=0}^L d_x (L - x)$$

Onde, na fórmula imediatamente supracitada, L é o limite superior extremo estabelecido arbitrariamente para 75,2 anos, x é a idade em que o óbito ocorreu, sendo x variável discreta no presente estudo, logo X foi sempre menor que L. A variável  $d_x$  foi representativa do número de óbitos ocorridos com a idade x.

Ainda, foram calculadas as porcentagens de suicídios em profissionais de segurança pública, bem como as porcentagens das demais mortes violentas (excluindo o suicídio) e mortes não violentas entre os mencionados profissionais para construção de um gráfico de setores, a fim de se visualizar a parcela do desfecho entre todas as causas de mortes.

Foram construídos gráficos de barras para as variáveis de destaque (sexo, grupo etário - jovens de 15 a 29 anos e não jovens, ocupação, escolaridade, estado civil e tipo de suicídio), ano a ano, a fim facilitar a visualização das características encontradas nos casos coletados.

A variação das taxas anuais de suicídios foi visualizada através de um gráfico de linhas.

## **6.2 Segundo capítulo: TENTATIVAS DE SUICÍDIO.**

### ***6.2.1 Delineamento***

Estudo epidemiológico de uma série de casos de tentativas de suicídio em profissionais de segurança pública com prontuários e fichas de registros de atendimento (impressas ou manuscritas) arquivados nos departamentos de saúde e assistência social, principalmente nos setores biopsicossociais dos seus respectivos órgãos vinculados à Secretaria de Segurança Pública (PMCE, CBMCE, PCCE e PEFOCE).

O arquivo digital da Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança foi pesquisado para levantamento de possíveis ocorrências de tentativas de suicídio em

profissionais de segurança pública, pois as chamadas telefônicas do referido centro são digitadas e arquivadas em computadores da própria CIOPS.

O período de investigação foi de cinco anos, entre 2010 a 2014.

### **6.2.2 Local do estudo**

Nos Departamentos de saúde e setores biopsicossociais da PMCE, da PCCE e do CBMCE. Para a PEFOCE, o local de pesquisa será o núcleo de assistência social.

Na Polícia Militar (PMCE), o setor biopsicossocial está vinculado à Coordenadoria de Saúde e Assistência Social (CSAS), vinculado à Célula de Assistência Social e Religiosa (CEASR). Está localizado na Rua Teresa Cristina, 1575, Farias Brito, Fortaleza Ceará.

O Departamento de Assistência Médica e Psicossocial (DAMPS) da Delegacia Geral de Polícia Civil encontra-se na Rua do Rosário, 199, 2ª andar, Centro. Implantado com o objetivo de prestar assistência médica e psicossocial a todos os servidores da Polícia Civil e seus familiares.

O departamento é responsável ainda pelo acompanhamento dos policiais civis com problemas de alcoolismo e de dependência química, tendo sido reestruturado e entregue neste ano de 2015 (CEARÁ, 2015).

No Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (CBMCE), o setor de saúde está vinculado à Caixa de Assistência e Pecúlio Bombeiros Militares, situada na Rua Filomeno Gomes, Bairro Jacarecanga, nº 42, Fortaleza-CE.

Na PEFOCE, o núcleo de assistência social funciona na sede central.

A CIOPS está localizada no complexo da sede da Secretária de Segurança Pública e Defesa Social, localizada na Av. Bezerra de Menezes, bairro São Gerardo, Fortaleza, Ceará.

Foram analisados todos os prontuários disponíveis nos arquivos das instituições e complementados com análise dos arquivos digitais da CIOPS em Fortaleza.

O estudo cobriu todos os casos registrados na CIOPS provenientes da capital cearense, Fortaleza, e das cidades da região metropolitana (Aquiraz, Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Pindoretama e São Gonçalo do Amarante).

### **6.2.3 População e amostra**

A população foi de profissionais de segurança pública, atendidos nos departamentos de saúde, complementada pelas pesquisas das tentativas de suicídio do arquivo digital da CIOPS, não havendo amostragem por se tratar de um estudo populacional.

Nos cálculos das taxas de tentativas de suicídio, o efetivo de profissionais de Segurança Pública da região metropolitana de Fortaleza não pode ser levantado com precisão nos setores de recursos humanos da SSPDS, em virtude de ser uma população flutuante (há sempre muitas transferências de profissionais do interior para a capital e RMF e vice-versa) e por insuficiência dos registros nos arquivos.

Portanto, os casos foram levantados na capital e região metropolitana e a população da taxa (para efeito de cálculo) foi a mesma de todo o Estado.

#### **6.2.3.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos todos aqueles profissionais de segurança pública que procuraram o serviço de saúde da PMCE, CBMCE, PCCE e PEFOCE e tiveram registro de prontuário (impresso ou manuscrito) uma ou mais tentativas de suicídio. Analogamente, foram incluídos os que tiveram solicitação de socorro na CIOPS por ocorrência em uma ou mais tentativas de suicídio.

Para comparação das tentativas de suicídio entre profissionais de segurança pública e as tentativas de suicídio da população civil em geral, foram incluídas as demais tentativas que tiveram chamadas na CIOPS provenientes da capital e região metropolitana de Fortaleza.

#### **6.2.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídas da pesquisa as tentativas de suicídio verificadas em prontuário impresso ou manuscrito que apresentassem rasuras ou estivessem danificadas de forma que impossibilitassem a identificação coerente das variáveis a serem colhidas, bem como as tentativas de suicídio que não foram provenientes da cidade de Fortaleza e da região metropolitana.



#### **6.2.4 Coleta de dados**

A coleta foi realizada pelo autor e pelo(a)s psicólogo(a)s da SSPDS, no período de 2010 a 2014.

Nos setores de recursos humanos das instituições vinculadas à Secretaria de Segurança Pública foram cruzados dados através do nome e/ou matrícula a fim de completar informações do banco de dados.

Ainda, para fins de comparação, foram coletados os dados de mortes não violentas de profissionais de segurança pública, junto aos setores de recursos humanos das instituições vinculadas (PMCE, CBMCE, PCCE e PEFOCE) e SEPLAG.

Salienta-se que, para coleta de dados, foi respeitada a Lei de Acesso à Informação do Estado do Ceará, Lei Estadual nº 15.175, de 28 de junho de 2012, com classificação dos transtornos psiquiátricos de acordo com o CID-10.

##### **6.2.4.1 Variáveis do estudo**

Foi utilizado formulário elaborado pelo autor concernente aos fatores de risco e de proteção e informações da declaração de óbito. As variáveis são tentativa de suicídio, mais de uma tentativa, profissão, tempo de serviço, idade, sexo, estado civil, escolaridade, religiosidade, raça, renda individual, posto funcional ou patente, uso de arma letal, dependência química lícita (adicção), dependência química ilícita (adicção), local de trabalho, serviço operacional, serviço burocrático, serviço misto, registro de doença mental, moradia familiar, residir com crianças, moradia em área urbana, moradia em área rural, maus tratos, abuso sexual, doença psiquiátrica, internação psiquiátrica.

Os desfechos do segundo capítulo foram: uma única tentativa de suicídio e mais de uma tentativa de suicídio.

##### **6.2.4.2 Instrumento**

Nas tentativas de suicídio o instrumento é um formulário (Apêndice A), elaborado pelo autor a partir das informações da declaração de óbito e dos fatores de risco e de proteção elencados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014c) e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014), para coleta de informação dos prontuários registrados em meio

impresso, manuscrito ou digital, nos departamentos de saúde, bem como no setor biopsicossocial das instituições de Segurança Pública.

### **6.2.5 Análise estatística**

Foram calculadas as taxas de incidência e de reincidência (por 100.000 habitantes) para sexo, grupo etário (jovens de 15 a 29 anos e não jovens), ocupação (profissionais de segurança pública), para os anos compreendidos de 2010 a 2014.

Ainda, foi estimada taxa padronizada para as tentativas, por instituição e depois por sexo, com a fórmula já expressa nesta dissertação, na página 59.

Foi feita a descrição das tentativas, registrando-se a distribuição de frequência por profissão (PMCE, CBMCE, PCCE e PEFOCE) e para as demais variáveis elencadas para o segundo capítulo.

Uma análise de associação foi realizada por meio de tabelas de associação (contingência) confrontando os casos de somente uma tentativa de suicídio com os casos de mais de uma tentativa (reincidência), bem como cotejando sobreviventes e não-sobreviventes (tentativas consumadas) comparando esses dois desfechos mencionados com as covariáveis elencadas no estudo.

Estabelecidas as tabelas, foi aplicado teste do Chi-quadrado e o Teste exato de Fischer, ambos com nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e calculadas as razões de prevalência conjuntamente com os respectivos intervalos de confiança (IC95%).

## **6.3 Processamento de dados**

A digitação e consolidação dos dados foram realizadas no software EXCEL 2010 e analisados por meio do programa SPSS 20,0 e por calculadoras abertas da rede mundial de computadores da faculdade americana do Estado de Nova Iorque: Vassar<sup>3</sup>.

## **6.4 Comitê de Ética**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, protocolo nº 50065415.8.0000.5054 (CAAE), cumprindo-se as diretrizes e normas

---

<sup>3</sup> <http://vassarstats.net/odds2x2.html>

regulamentadoras contidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, pesquisa com seres humanos. Foi também cadastrado na plataforma Brasil, tudo conforme anexo F desta dissertação.

### **6.5 Classificação dos óbitos e tentativas de suicídio**

Foi utilizado o CID10 (Classificação Internacional de Doenças), na lista de X60 a X 84.

## 7 RESULTADOS DO PRIMEIRO CAPÍTULO

### 7.1 Suicídios

**Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DE PROFISSIONAIS DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL MORTOS POR SUICÍDIO, CEARÁ, 2000 A 2014.**

VARIÁVEL	N	(%)
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO	35	61,4%
DIVORCIADO	3	5,3%
VIUVO	1	1,8%
SOLTEIRO	15	26,2%
NÃO INFORMADO	3	5,3%
<b>IDADE</b>		
JOVENS	8	14,0%
MEIA IDADE	36	63,2%
IDOSOS	13	22,8%
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	56	98,2%
FEMININO	1	1,8%
<b>ESCOLARIDADE</b>		
ENSINO FUNDAMENTAL	36	63,2%
ENSINO MÉDIO	19	33,2%
SUPERIOR	1	1,8%
NÃO INFORMADO	1	1,8%
<b>RENDA SALARIAL</b>		
ATÉ TRÊS SALÁRIOS	43	75,4%
ENTRE TRÊS E SEIS	12	21,1%
MAIS DE SEIS	2	3,5%
<b>INSTITUIÇÃO</b>		
PMCE	50	87,7%
CBMCE	4	7,0%
PCCE	3	5,3%
<b>PATENTE/TÍTULO FUNCIONAL</b>		
INSPETOR	3	5,3%
SOLDADO	19	33,3%

CABO	21	36,8%
SARGENTO	10	17,5%
SUBTENENTE	2	3,5%
CAPITÃO	1	1,8%
CORONEL	1	1,8%

FONTE: Elaborado pelo autor

**Cont. Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS APRESENTADAS PELOS PROFISSIONAIS MORTOS POR SUICÍDIO, CEARÁ, 2000 A 2014.**

VARIÁVEL	N	(%)
<b>TIPO DE SERVIÇO</b>		
OPERACIONAL	37	64,8%
BUROCRÁTICO	1	1,8%
MISTO	1	1,8%
APOSENTADORIA	18	31,6%
<b>MEIO DE SUICÍDIO</b>		
ARMA DE FOGO	42	73,7%
ENFORCAMENTO	11	19,2%
VENENO	3	5,3%
OUTRO	1	1,8%
<b>LOCAL DE SUICÍDIO</b>		
NO TRABALHO	4	7,0%
CASA	17	29,8%
DEMAIS LOCAIS	36	63,2%

**Tabela 2 – ANOS POTENCIAIS DE VIDAS PERDIDOS, PROFISSIONAIS DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS</b>
2000	158,8
2001	120,0
2002	0,0
2003	54,4
2004	63,4
2005	140,8
2006	55,4
2007	230,2
2008	79,4
2009	241,4
2010	59,4
2011	153,4
2012	3,2
2013	225,6
2014	191,0
<b>TOTAL</b>	<b>1776,4</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>118,4</b>

---

Fonte: Elaborada pelo autor com dados da SSPDS/PEFOCE/SEPLAG CE.

**Tabela 3 - EFETIVO/POPULAÇÃO TOTAL DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>EFETIVO PMCE</b>	<b>EFETIVO PCCE</b>	<b>EFETIVO CBMCE</b>	<b>EFETIVO PEFOCE</b>	<b>TOTAL</b>
2000	7509	1857	1.664	-	11.030
2001	8452	1858	1.669	-	11.979
2002	8480	1897	1.669	-	12.046
2003	9278	1935	1.670	-	12.883
2004	9311	1908	1.669	-	12.888
2005	9316	1882	1.669	-	12.867
2006	9545	2261	1.719	-	13.525
2007	10244	2228	1.705	-	14.177
2008	10280	2211	1.688	240	14.419
2009	11781	2484	1.946	240	16.451
2010	14074	2501	1.945	240	18.760
2011	15341	2537	1.946	220	20.044
2012	15145	2520	1.945	213	19.823
2013	14971	3175	1.945	326	20.417
2014	16430	3456	1.931	313	22.130
<b>TOTAL</b>	<b>170157</b>	<b>34710</b>	<b>26.780</b>	<b>1792</b>	<b>233.439</b>

FONTE: SEPLAG E SETORES DE RECURSOS HUMANOS DA PMCE. CBMCE, PCCE E PEFOCE.

**Tabela 4 - EFETIVO DE PROFISISONAIS JOVENS (ATÉ 29 ANOS) DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>PMCE</b>	<b>PCCE</b>	<b>CBMCE</b>	<b>PEFOCE</b>	<b>TOTAL</b>
2000	4452	216	773	-	5441
2001	4839	170	626	-	5635
2002	4068	128	488	-	4684
2003	4129	89	330	-	4548
2004	3313	67	201	-	3581
2005	2870	46	120	-	3036
2006	2437	271	98	-	2806
2007	2611	230	79	-	2920
2008	2063	188	74	8	2333
2009	3100	297	308	20	3725
2010	4142	248	282	14	4686
2011	3700	175	238	11	4124
2012	3156	110	204	5	3475
2013	4404	384	154	57	4999
2014	4482	412	103	52	5049
<b>TOTAL</b>	<b>53766</b>	<b>3031</b>	<b>4078</b>	<b>167</b>	<b>61042</b>

Fonte : SEPLAG/CE



**Tabela 5 - POPULAÇÃO IDOSA DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>PMCE</b>	<b>PCCE</b>	<b>CBMCE</b>	<b>PEFOCE</b>	<b>TOTAL</b>
2000	2951	853	153	-	3957
2001	3153	888	170	-	4211
2002	3399	918	185	-	4502
2003	3644	974	201	-	4819
2004	3909	1005	218	-	5132
2005	4129	1040	232	-	5401
2006	4330	1074	252	-	5656
2007	4547	1109	268	-	5924
2008	4760	1149	279	29	6217
2009	4960	1211	290	40	6501
2010	5176	1289	298	52	6815
2011	5361	1357	314	64	7096
2012	5541	1420	323	74	7358
2013	5723	1510	330	85	7648
2014	5900	1608	336	99	7943
<b>TOTAL</b>	<b>67483</b>	<b>17405</b>	<b>3849</b>	<b>443</b>	<b>89180</b>

---

Fonte: SEPLAG/CE

**Tabela 6 - POPULAÇÃO DE MULHERES DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>EFETIVO MULHER PMCE</b>	<b>EFETIVO MULHER PCCE</b>	<b>EFETIVO MULHER CBMCE</b>	<b>EFETIVO MULHER PEFOCE</b>	<b>TOTAL</b>
2000	259	686	12	-	957
2001	259	689	12	-	960
2002	260	704	12	-	976
2003	261	707	12	-	980
2004	262	718	12	-	992
2005	284	723	16	-	1023
2006	322	760	27	-	1109
2007	366	763	27	-	1156
2008	369	767	27	72	1235
2009	453	870	43	74	1440
2010	518	892	43	74	1527
2011	528	913	44	74	1559
2012	529	924	44	74	1571
2013	623	1097	44	117	1881
2014	659	1193	44	123	2019
<b>TOTAL</b>	<b>5952</b>	<b>12406</b>	<b>419</b>	<b>608</b>	<b>19385</b>

FONTE: SEPLAG/CE E SETORES DE RECURSOS HUMANOS DA PMCE, CBMCE, PCCE E PEFOCE.  
OBS: TAXA FEMININA MÉDIA DO PERÍODO FOI DE 5,76/100000 - TAXA DO ANO 2007:86,50/100000

**Tabela 7 - POPULAÇÃO DE HOMENS DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>EFETIVO HOMENS PMCE</b>	<b>EFETIVO HOMENS PCCE</b>	<b>EFETIVO HOMENS CBMCE</b>	<b>EFETIVO HOMENS PEFOCE</b>	<b>TOTAL</b>
2000	7250	1171	1.652	-	10.073
2001	8193	1169	1.657	-	11.019
2002	8220	1193	1.657	-	11.070
2003	9017	1228	1.658	-	11.903
2004	9049	1190	1.657	-	11.896
2005	9032	1159	1.653	-	11.844
2006	9223	1501	1.692	-	12.416
2007	9878	1465	1.678	-	13.021
2008	9911	1444	1.661	168	13.184
2009	11328	1614	1.903	166	15.011
2010	13556	1609	1.902	166	17.233
2011	14813	1624	1.902	146	18.485
2012	14616	1596	1.901	139	18.252
2013	14348	2078	1.901	209	18.536
2014	15771	2263	1.887	190	20.111
<b>TOTAL</b>	<b>164205</b>	<b>22304</b>	<b>26.361</b>	<b>1184</b>	<b>214.054</b>

FONTE: SEPLAG/CE

**Tabela 8 - ÓBITOS DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014**

<b>ANO</b>	<b>ÓBITOS PMCE</b>	<b>ÓBITOS PCCE</b>	<b>ÓBITOS CBMCE</b>	<b>ÓBITOS PEFOCE</b>	<b>TOTAL</b>
2000	110	00	02	-	112
2001	138	00	06	-	144
2002	124	01	05	-	130
2003	124	06	03	-	133
2004	126	12	11	-	149
2005	147	07	07	-	161
2006	139	08	07	-	154
2007	145	08	08	-	161
2008	150	11	07	0	168
2009	144	10	04	0	158
2010	144	10	04	1	159
2011	177	12	06	0	195
2012	162	10	12	1	185
2013	168	14	14	1	197
2014	148	14	08	1	171
<b>TOTAL</b>	<b>2145</b>	<b>123</b>	<b>104</b>	<b>4</b>	<b>2377</b>

FONTE: SEPLAG E SETORES DE RECURSOS HUMANOS DA PMCE, CBMCE, PCCE E PEFOCE

**Tabela 9 – TAXAS DE SUICÍDIOS DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ (POR 100 mil), 2000 A 2014.**

ANO	SUICÍDIOS	EFETIVO SSPDS	TAXAS
2000	4	11.030	36,2
2001	5	11.979	41,7
2002	0	12.046	0,0
2003	2	12.883	15,5
2004	2	12.888	15,5
2005	4	12.867	31,0
2006	2	13.525	14,7
2007	6	14.177	42,3
2008	2	14.419	13,8
2009	7	16.451	42,5
2010	2	18.760	10,6
2011	7	20.044	34,9
2012	1	19.823	5,0
2013	8	20.417	39,1
2014	5	22.130	22,5
MÉDIA	3,80	15.562,6	24,4 ± 15*

Fonte: PEFOCE, CIOPS, SETORES BIOPSISSOCIAIS/SSPDS

\*Desvio Padrão

- Média das taxas de suicídios por instituição (2000 A 2014),(POR 100 mil) foram: PMCE 33,3, CBMCE 15,90, PCCE 8,11 e PEFOCE 0,0.

**Tabela 10 - TAXAS DE SUICÍDIOS POR FAIXA ETÁRIA (POR 100 mil) DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014**

ANO	PROFISSIONAIS JOVENS (15 a 29)			PROFISSIONAIS DE MEIA IDADE(30 a 59)			PROFISSIONAIS IDOSOS (60 ou mais)		
	SUICÍDIOS	Nº DE PROFISSIONAIS	TAXAS DE SUICÍDIO	SUICÍDIOS	Nº DE PROFISSIONAIS	TAXAS DE SUICÍDIO	SUICÍDIOS	Nº DE PROFISSIONAIS	TAXAS DE SUICÍDIO
2000	2	5441	36,75	2	1.632	122,54	0	3957	0
2001	1	5635	17,74	1	2.133	46,88	3	4211	71,24
2002	0	4684	0	0	2.860	0	0	4502	0
2003	0	4548	0	1	3.516	28,44	1	4819	20,75
2004	1	3581	27,92	0	4.175	0	1	5132	19,48
2005	0	3036	0	3	4.430	67,72	1	5401	18,51
2006	0	2806	0	1	5.063	19,75	1	5656	17,68
2007	1	2920	34,24	5	5.333	93,75	0	5924	0
2008	0	2333	0	3	5.869	51,11	0	6217	0
2009	1	3725	26,84	5	6.225	80,32	0	6501	0
2010	0	4686	0	2	7.259	27,55	0	6815	0
2011	0	4124	0	4	8.824	45,33	3	7096	42,27
2012	0	3475	0	0	8.990	0	1	7358	13,59
2013	1	4999	20	5	7.770	64,35	2	7648	26,15
2014	1	5049	19,8	4	9.138	43,77	0	7943	0
MÉDIA	0,53	4.096	12,21	2,4	5.547,80	46,1	0,86	5.945,30	15,31

FONTE: Elaborado pelo autor

**Tabela 11 - TAXAS DE SUICÍDIOS (POR 100 mil) NO EFETIVO MASCULINO DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL , CEARÁ, 2000 A 2014.**

ANO	SUICÍDIOS	PROFISSIONAIS HOMENS	TAXAS DE SUICÍDIO
2000	4	10.073	39,7
2001	5	11.019	45,3
2002	0	11.070	0,0
2003	2	11.903	16,8
2004	2	11.896	16,8
2005	4	11.844	33,7
2006	2	12.416	16,1
2007	5	13.021	38,3
2008	2	13.184	15,1
2009	7	15.011	46,6
2010	2	17.233	11,6
2011	7	18.485	37,8
2012	1	18.252	5,4
2013	8	18.536	43,1
2014	5	20.111	24,8
<b>MÉDIA</b>	<b>3,73</b>	<b>14.270,30</b>	<b>26,1</b>

FONTE: Elaborado pelo autor

**Tabela 12 - RISCO RELATIVO DAS TAXAS DE SUICÍDIOS (POR 100 mil) DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PELAS TAXAS DE SUICÍDIOS (POPULAÇÃO GERAL) (POR 100 mil) DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**

ANO	TAXAS DE SUICÍDIOS	TAXAS DE SUICÍDIOS	RISCO RELATIVO
	SSPDS	CEARÁ	
2000	36,3	3,6	10,0
2001	41,7	5	8,3
2002	0,0	6	0,0
2003	15,5	5,4	2,8
2004	15,5	5,8	2,6
2005	31,1	6,7	4,6
2006	14,8	6	2,4
2007	42,3	6,3	6,7
2008	13,8	6,4	2,1
2009	42,5	5,8	7,3
2010	10,7	5,8	1,8
2011	34,9	6,5	5,3
2012	5,1	5,9	0,8
2013	39,2	7,1	5,5
2014	22,6	6,5	3,4
MÉDIA	24,4	5,9	4,2

Fonte: DATASUS/MAPA DA VIOLÊNCIA 2014/SEPLAG/SSPDS



**Tabela 13 - TAXAS DE SUICÍDIOS (POR 100 mil) DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ , POR SEXO, 2000 A 2014.**

ANO	<i>CEARÁ</i>		<i>SSPDS</i>	
	TAXA POR HOMENS	TAXA POR MULHERES	TAXA POR HOMENS	TAXA POR MULHERES
2000	5,95	1,50	39,71	0,00
2001	8,49	1,63	45,37	0,00
2002	9,53	2,58	0,00	0,00
2003	8,74	2,24	16,80	0,00
2004	9,56	2,24	16,81	0,00
2005	11,11	2,41	33,77	0,00
2006	9,90	2,26	16,10	0,00
2007	10,30	2,44	38,39	86,51
2008	10,38	2,64	15,16	0,00
2009	9,56	2,29	46,60	0,00
2010	9,37	2,33	11,60	0,00
2011	10,77	2,40	37,86	0,00
2012	9,96	2,04	5,47	0,00
2013	11,22	2,58	43,15	0,00
2014	10,75	2,38	24,86	0,00

FONTE: Elaborado pelo autor

**Tabela 14 - TAXAS DE SUICÍDIOS PADRONIZADAS DIRETAS POR SEXO DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL E DO ESTADO DO CEARÁ 2000 A 2014.**

ANO	SSPDS	CEARÁ
2000	36,265	5,566
2001	41,734	7,943
2002	0,000	8,963
2003	15,522	8,244
2004	15,516	8,998
2005	31,085	10,415
2006	14,780	9,272
2007	42,313	9,658
2008	13,862	9,712
2009	42,521	8,926
2010	10,656	8,796
2011	34,915	10,124
2012	5,036	9,337
2013	39,175	10,427
2014	22,592	9,986

FONTE: Elaborado pelo autor

**Tabela 15 - TAXAS DE SUICÍDIOS ( POR 100 mil) DO ESTADO DO CEARÁ POR FAIXA ETÁRIA, JOVENS (15-29 ANOS), MEIA IDADE (30 – 59 ANOS) E IDOSOS (ACIMA DE 60 ANOS), 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>PROFISSIONAIS JOVENS</b>	<b>PROFISSIONAIS DE MEIA IDADE</b>	<b>PROFISSIONAIS IDOSOS</b>
2000	5,99	5,70	5,61
2001	7,02	9,00	6,13
2002	8,38	10,40	8,42
2003	9,24	8,32	7,15
2004	8,60	9,70	8,21
2005	9,92	11,32	8,97
2006	8,36	10,42	9,26
2007	8,24	10,41	7,33
2008	7,95	9,77	10,69
2009	7,10	9,98	5,95
2010	8,08	7,82	8,14
2011	9,16	9,09	8,61
2012	6,94	8,78	8,98
2013	8,08	9,96	10,51
2014	7,73	9,97	8,19

FONTE: Elaborado pelo autor.

**Tabela 16 - TAXAS DE SUICÍDIOS (POR 100 mil) DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, POR FAIXA ETÁRIA, JOVENS (15-29 ANOS), MEIA IDADE (30 – 59 ANOS) E IDOSOS (ACIMA DE 60 ANOS), 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>PROFISSIONAIS JOVENS</b>	<b>PROFISSIONAIS DE MEIA IDADE</b>	<b>PROFISSIONAIS IDOSOS</b>
2000	36,75	122,54	-
2001	17,74	46,88	71,24
2002	-	-	-
2003	-	28,44	20,75
2004	27,92	-	19,48
2005	-	67,72	18,51
2006	-	19,75	17,68
2007	34,24	93,75	-
2008	-	51,11	-
2009	26,84	80,32	-
2010	-	27,55	-
2011	-	45,33	42,27
2012	-	-	13,59
2013	20,00	64,35	26,15
2014	19,80	43,77	-

FONTE: Elaborado pelo autor

**Tabela 17 - TAXAS DE SUICÍDIOS PADRONIZADAS DIRETAS POR FAIXA ETÁRIA DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL E DA POPULAÇÃO CEARENSE, 2000 A 2014.**

ANO	SSPDS	CEARÁ
2000	36,259	5,813
2001	41,736	7,061
2002	0,000	8,872
2003	15,524	8,202
2004	15,515	8,801
2005	31,085	10,004
2006	14,787	9,510
2007	42,319	8,678
2008	20,803	9,871
2009	36,470	7,737
2010	10,660	7,999
2011	34,920	8,938
2012	5,044	8,530
2013	39,182	9,705
2014	22,591	8,820

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 18 - TAXAS DE SUICÍDIOS (POR 100 mil) DO ESTADO DO CEARÁ POR SEXO MASCULINO E POR FAIXA ETÁRIA, 2000 – 2014.**

<b>ANO</b>	<b>PROFISSIONAIS JOVENS</b>	<b>PROFISSIONAIS DE MEIA IDADE</b>	<b>PROFISSIONAIS IDOSOS</b>
2000	9,95	9,47	10,36
2001	12,16	16,19	10,54
2002	14,51	15,96	15,28
2003	14,62	14,28	13,17
2004	14,30	16,26	16,19
2005	16,44	20,00	16,38
2006	13,73	18,15	17,07
2007	13,91	17,06	14,31
2008	12,41	16,75	20,32
2009	10,88	17,28	11,92
2010	13,58	13,33	13,28
2011	14,71	15,61	16,34
2012	16,10	10,50	7,50
2013	17,09	12,08	9,84
2014	12,47	17,54	14,28

FONTE: Elaborado pelo autor

**Tabela 19 - TAXAS DE SUICÍDIOS (POR 100 mil) POR SEXO MASCULINO E POR FAIXA ETÁRIA DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, CEARÁ, 2000 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>PROFISSIONAIS JOVENS</b>	<b>PROFISSIONAIS DE MEIA IDADE</b>	<b>PROFISSIONAIS IDOSOS</b>
2000	36,75	122,54	0,00
2001	17,74	46,88	71,24
2002	0,00	0,00	0,00
2003	0,00	28,44	20,75
2004	27,92	0,00	19,48
2005	0,00	67,72	18,51
2006	0,00	19,75	17,68
2007	34,24	75,02	0,00
2008	0,00	51,11	0,00
2009	26,84	80,32	0,00
2010	0,00	27,55	0,00
2011	0,00	45,33	42,27
2012	0,00	0,00	13,59
2013	20,00	64,35	26,15
2014	19,80	43,77	0,00

FONTE: Elaborado pelo autor

**Tabela 20 - TAXAS DE SUICÍDIOS PADRONIZADAS DIRETAS POR SEXO MASCULINO E POR FAIXA ETÁRIA, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL E POPULAÇÃO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**

ANO	SSPDS	CEARÁ
2000	36,259	10,024
2001	41,736	12,307
2002	0,000	15,144
2003	15,524	13,986
2004	15,515	15,687
2005	31,085	17,637
2006	14,787	16,782
2007	35,270	15,260
2008	20,803	17,586
2009	36,470	13,712
2010	10,660	13,373
2011	34,920	15,684
2012	5,044	10,368
2013	39,182	12,464
2014	22,591	15,213

FONTE: Elaborado pelo autor. Taxa média dos suicídios padronizados (sexo masculino e faixa etária) da SSPDS = 23,98/100.000. Taxa média dos suicídios padronizados (sexo masculino e faixa etária) da população cearense= 14,35/100.000.

**Tabela 21 – TESTE DE WILCONXON MANN-WHITNEY PARA TAXAS DE SUICÍDIOS PADRONIZADAS DIRETAS POR SEXO MASCULINO E POR FAIXA ETÁRIA, 2000 A 2014.**

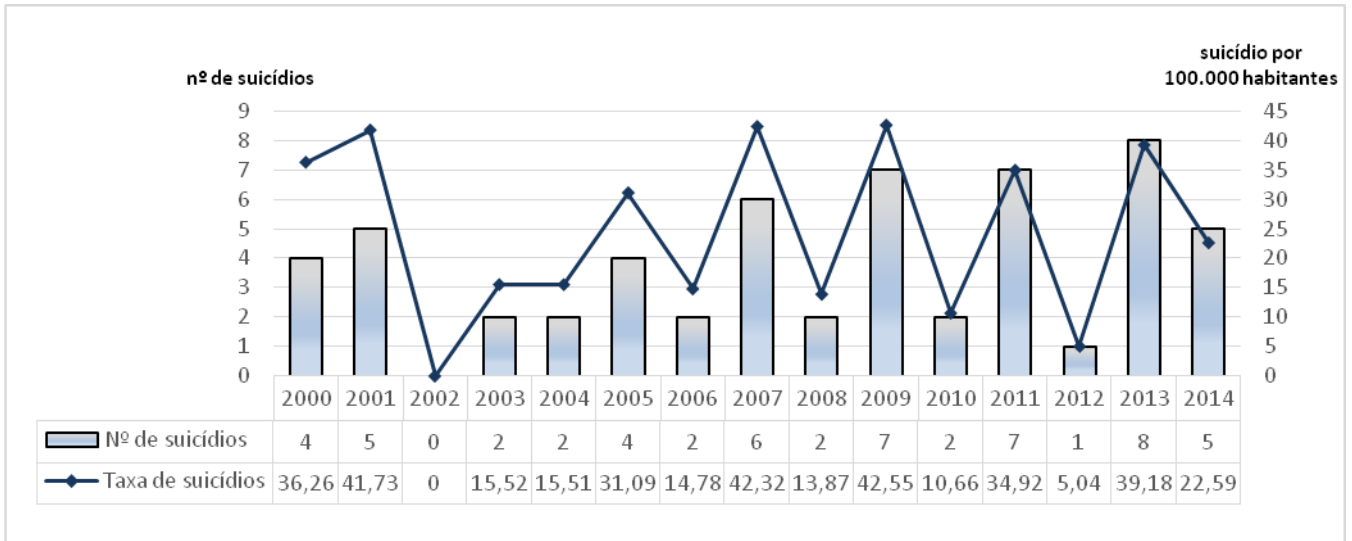
<b>Variáveis</b>	<b>p - valor</b>
Taxa de suicídio por homens e faixa etária da Secretaria de Segurança Pública (CE) X	<b>0,036*</b>
Taxa de suicídio por homens e faixa etária na população do Ceará	
Taxa de suicídio por faixa etária da Secretaria de Segurança Pública (CE) X	<b>0,003*</b>
Taxa de suicídio por faixa etária na população do Ceará	
Taxa de suicídio por sexo da Secretaria de Segurança Pública (CE) X	<b>0,005*</b>
Taxa de suicídio por sexo na população do Ceará	

FONTE: Elaborado pelo autor. Nota: O teste de Wilcoxon Mann-Whitney foi utilizado para comparar e confirmar se há diferenças entre as taxas padronizadas direta do Estado do Ceará e da SSPDS. \* P-valor significativo quando  $p \leq 0,05$ .



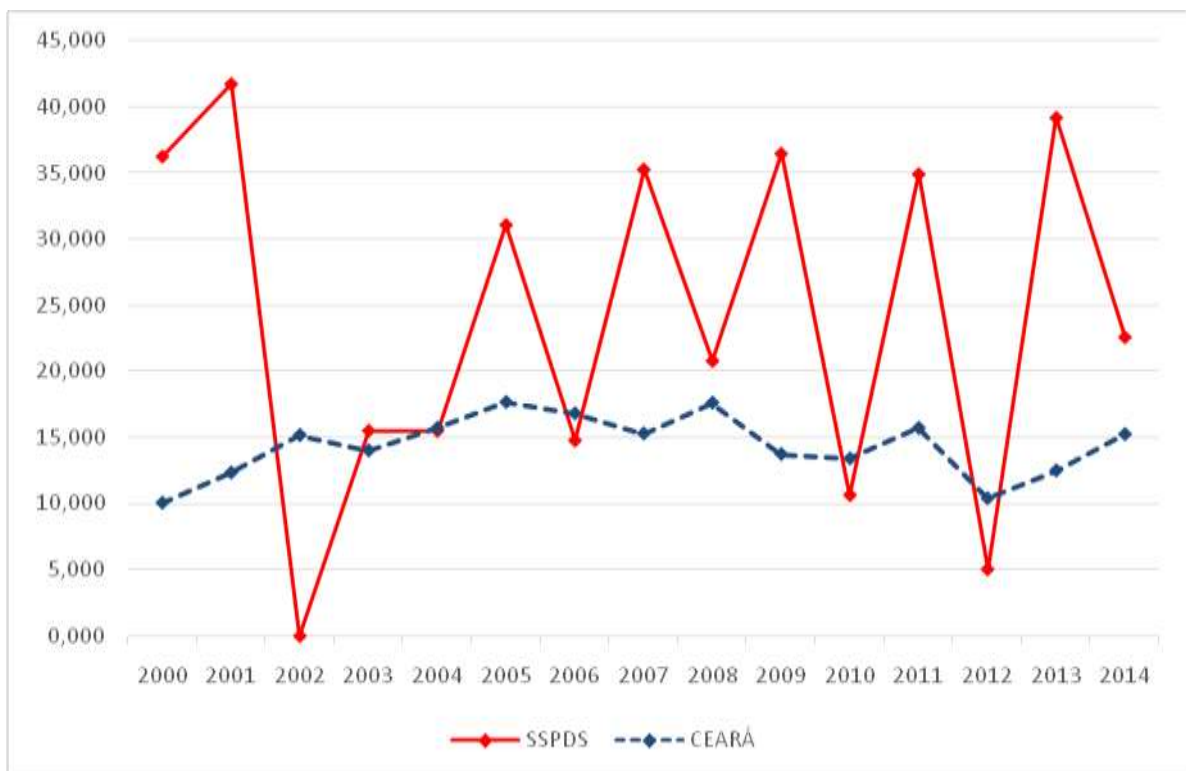
## GRÁFICOS

**GRÁFICO 1 – SUICÍDIOS E TAXAS DE SUICÍDIO X ANOS NA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014**



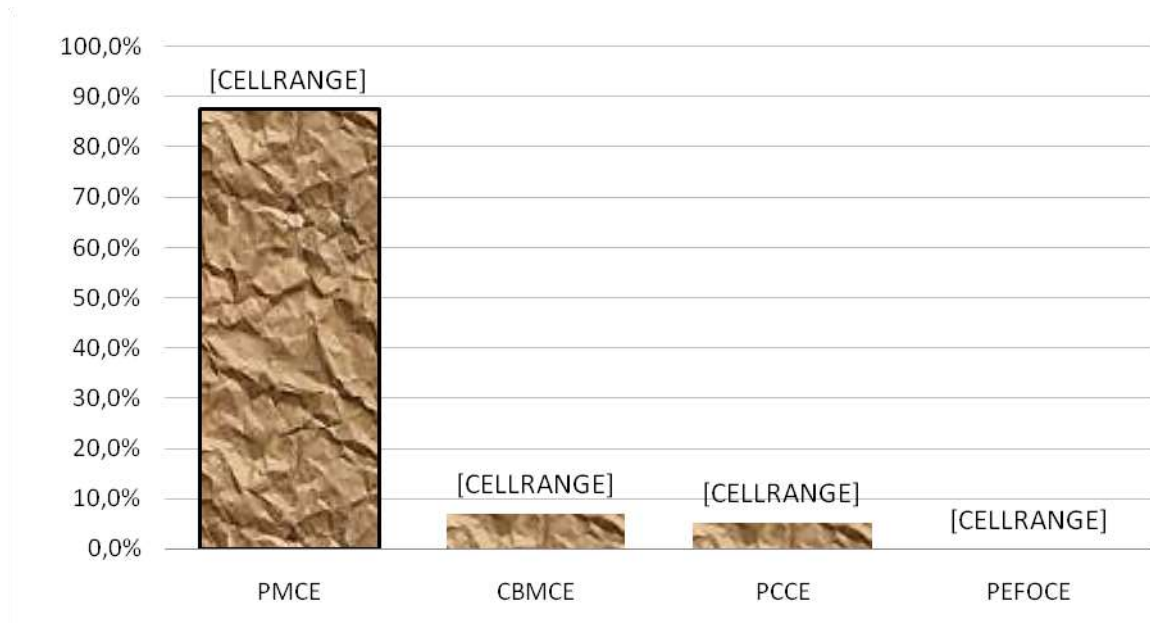
Fonte: Elaborado pelo autor

**GRÁFICO 2 – TAXAS PADRONIZADAS DIRETAS DE SUICÍDIOS PARA O CEARÁ E SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



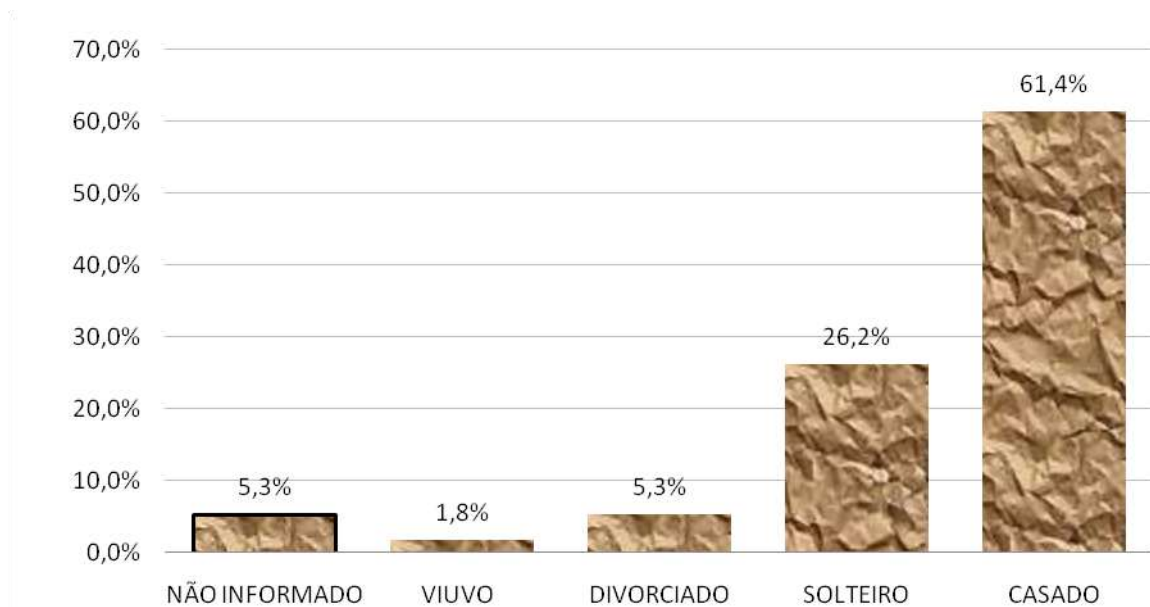
Fonte: Elaborado pelo autor.

**GRÁFICO 3 – SUICÍDIOS NAS INSTITUIÇÕES DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



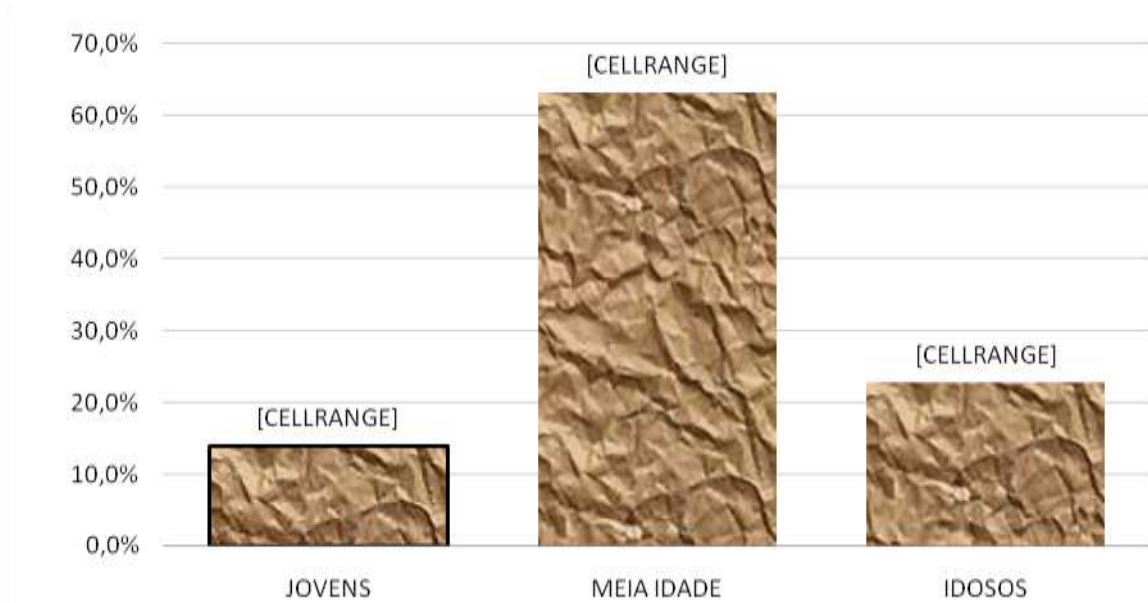
Fonte: elaborado pelo autor.

**GRÁFICO 4 – SUICÍDIOS X ESTADO CIVIL, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



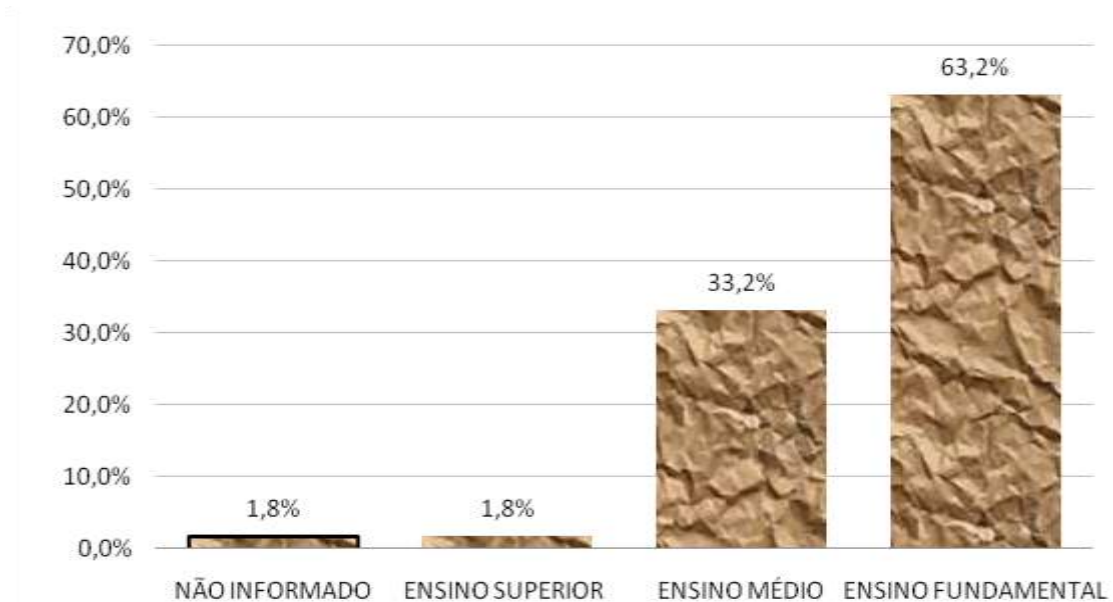
Fonte: elaborado pelo autor

**GRÁFICO 5 – SUICÍDIOS X FAIXA ETÁRIA, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



Fonte: elaborado pelo autor.

**GRÁFICO 6 – SUICÍDIOS X ESCOLARIDADE, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



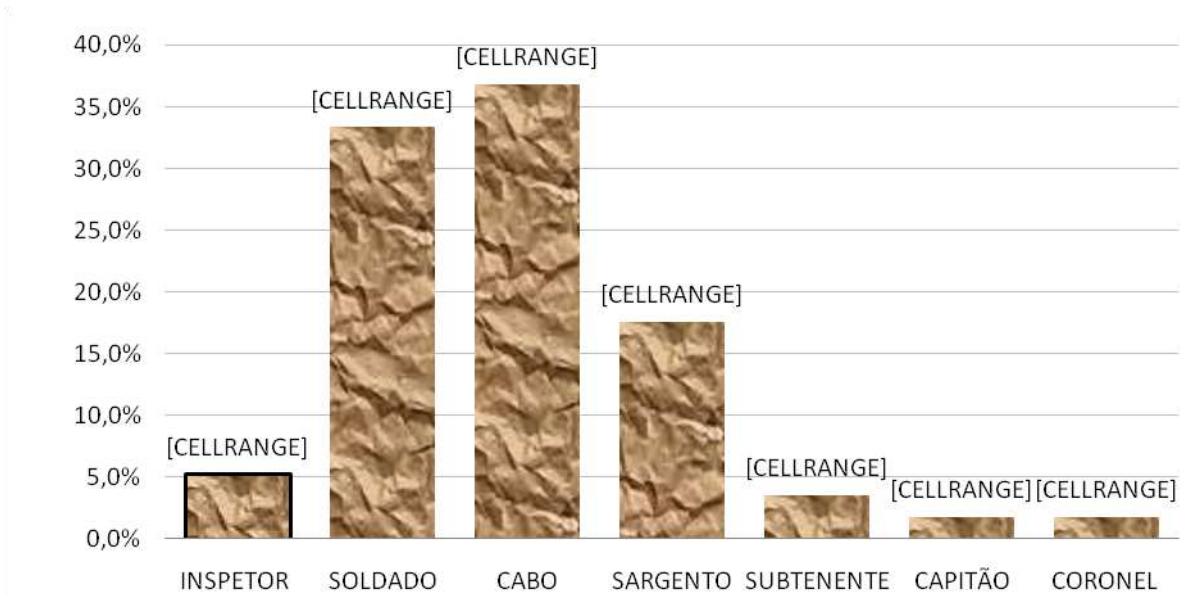
Fonte: elaborado pelo autor.

**GRÁFICO 7 – SUICÍDIO X RENDA SALARIAL, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



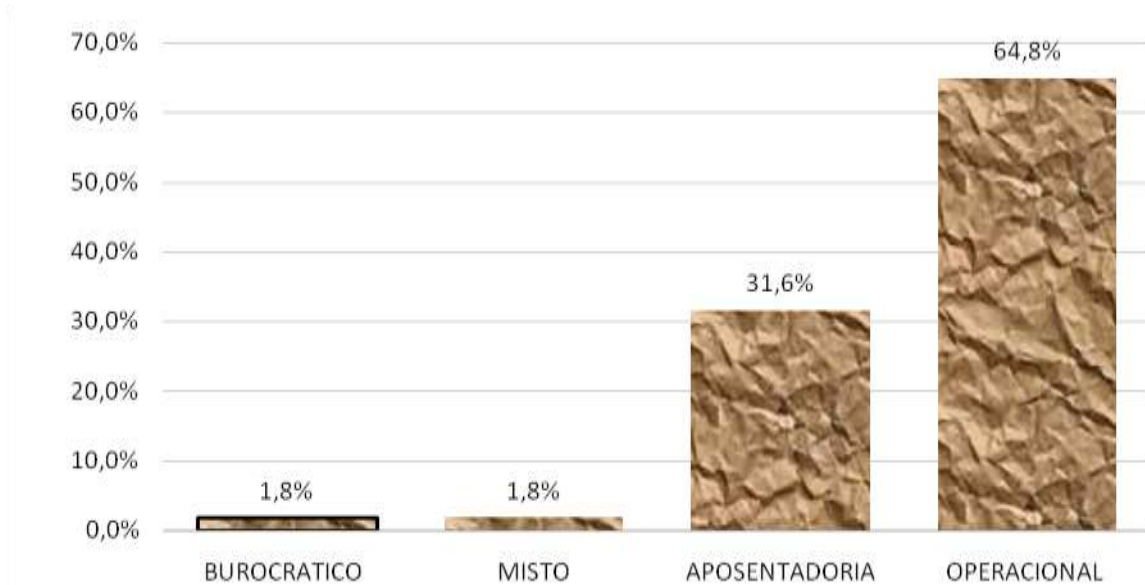
Fonte: elaborado pelo autor

**GRÁFICO 8 – SUICÍDIO X PATENTE/TÍTULO FUNCIONAL, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



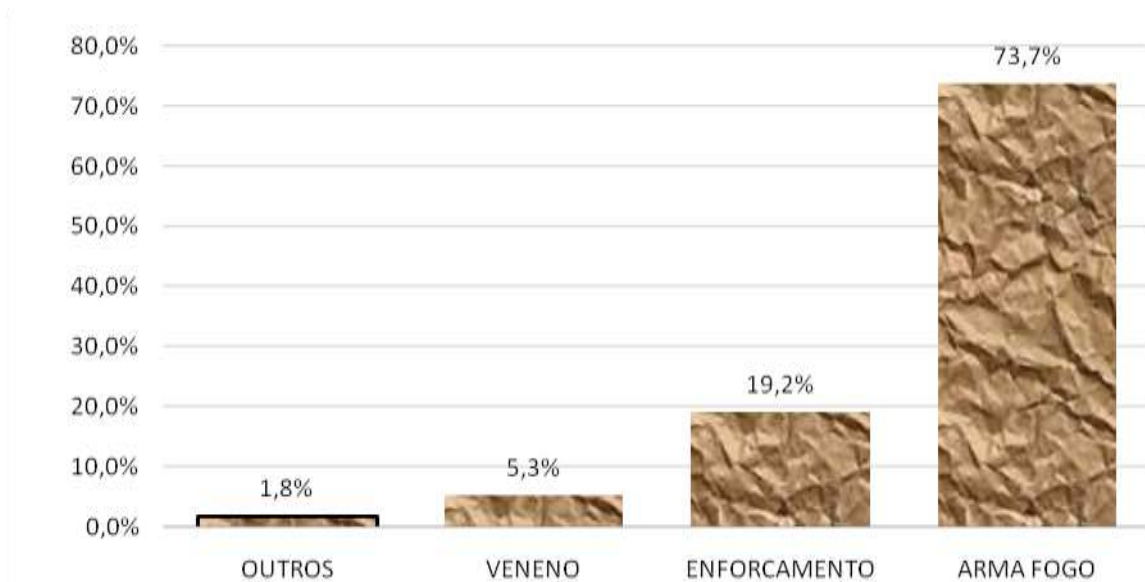
Fonte: elaborado pelo autor

**GRÁFICO 9 – SUICÍDIO X TIPO DE SERVIÇO, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



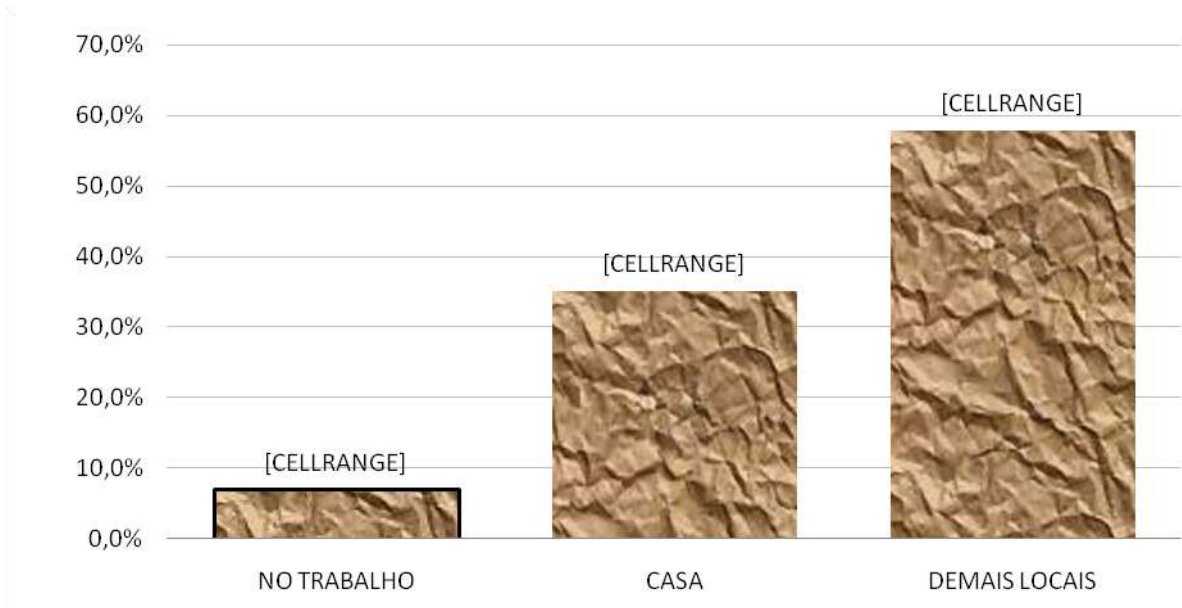
Fonte: elaborado pelo autor

**GRÁFICO 10 – SUICÍDIOS X INSTRUMENTO UTILIZADO, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



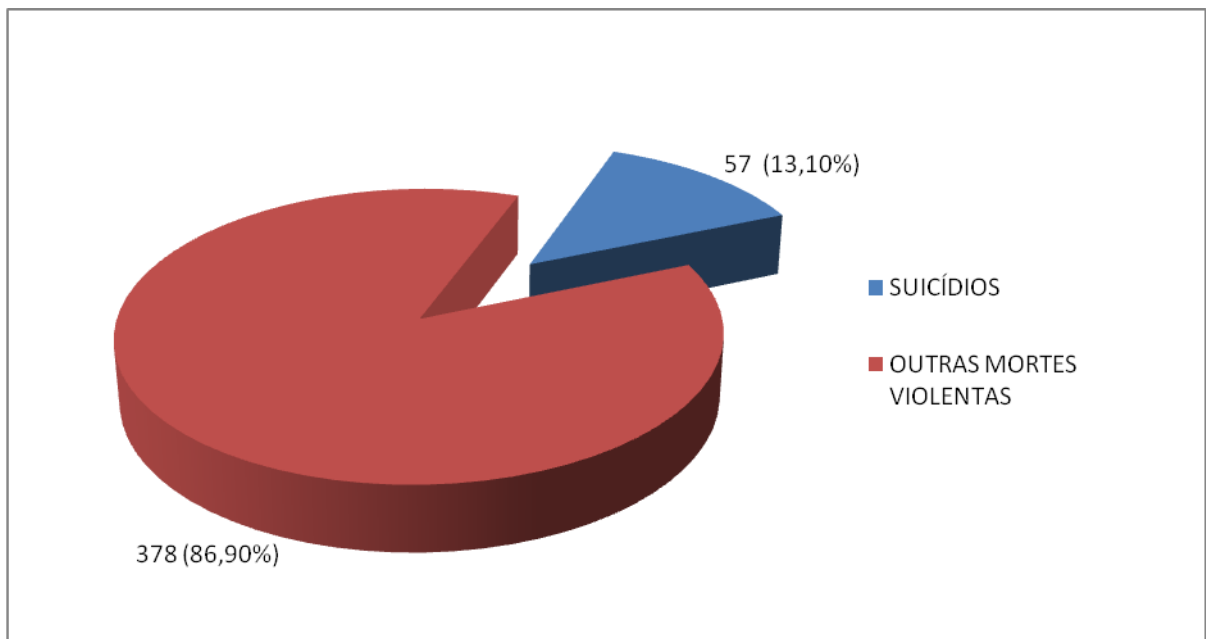
Fonte: elaborado pelo autor.

**GRÁFICO 11 – SUICÍDIO X LOCAL DA MORTE, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



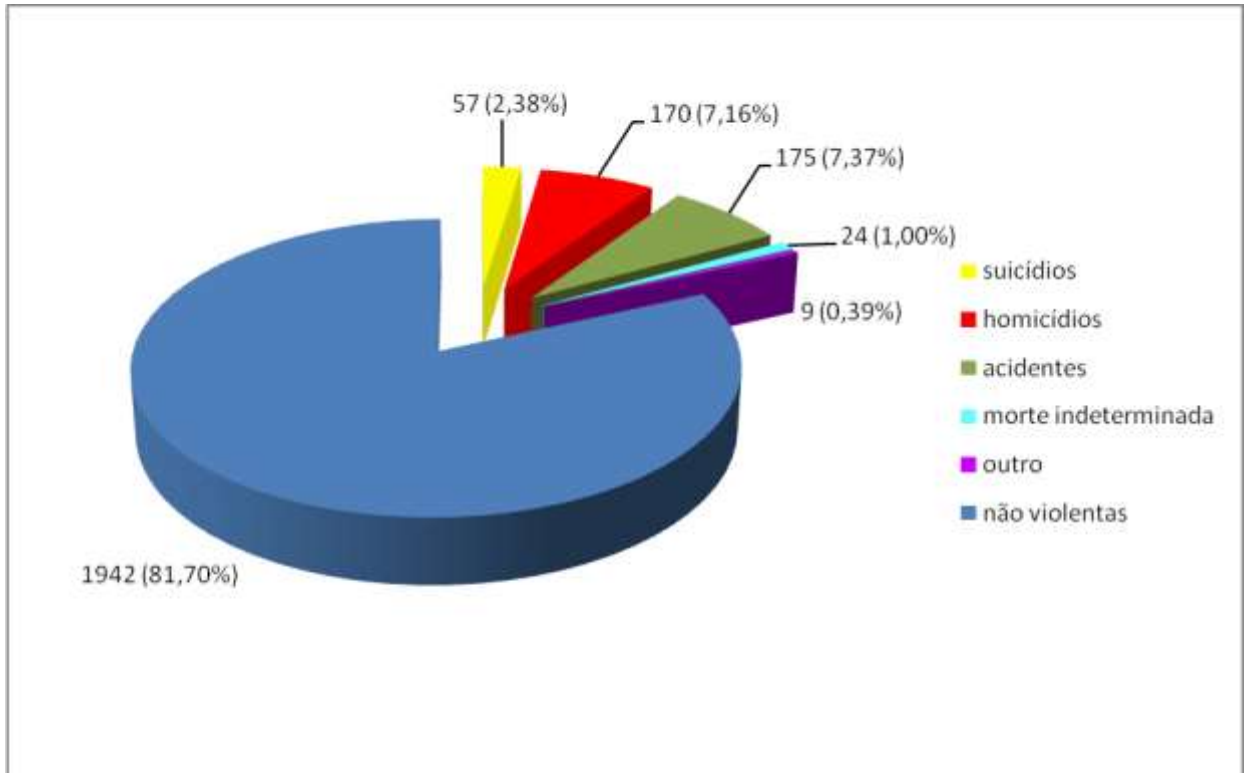
Fonte: elaborado pelo autor

**GRÁFICO 12 – SUICÍDIO X MORTES VIOLENTAS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



Fonte: Elaborada pelo autor.

**GRÁFICO 13 – SUICÍDIOS X TODAS AS CAUSAS DE MORTE, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2000 A 2014.**



Fonte: Elaborado pelo autor.



## 8 RESULTADOS DO SEGUNDO CAPÍTULO

### 8.1 Tentativas de suicídio

**Tabela 22 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014**

<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>IDADE (I)</b>		
JOVENS (I ≤ 29 ANOS)	9	8,42
MEIA IDADE (30 ≤ I ≤ 59 ANOS)	97	90,65
IDOSOS (60 ANOS ≤ I)	1	0,93
<b>SEXO</b>		
HOMENS	100	93,45
MULHERES	7	6,54
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO(A)	71	66,36
SOLTEIRO(A)	21	19,62
VIÚVO(A)	3	2,8
DIVORCIADO(A)	6	5,61
UNIAO ESTÁVEL	4	3,74
OUTRO	2	1,87
<b>ESCOLARIDADE</b>		
ENSINO FUNDAMENTAL	9	8,39
ENSINO MÉDIO	63	58,88
SUPERIOR	33	30,86
NÃO INFORMADO	2	1,87
<b>RAÇA</b>		
BRANCO	48	44,86
NEGRO	8	7,48
PARDO	50	46,73
OUTRO	1	0,93



**Cont. Tabela 22 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014**

<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>RELIGIOSIDADE</b>		
CATÓLICO	52	48,6
PROTESTANTE-EVANGÉLICO	24	22,43
ESPÍRITA	4	3,74
ATEU	7	6,54
MORMON	1	0,93
OUTRA (S)	6	5,61
NÃO INFORMADO	13	12,15
<b>RESIDE COM</b>		
FAMÍLIA	89	83,18
IRMÃOS	1	0,93
FILHOS	6	5,61
AMIGOS	1	0,93
SOZINHO	7	6,54
MÃE	3	2,8
<b>MORA COM CRIANÇAS EM CASA</b>		
SIM	45	42,05
NÃO	60	56,09
NÃO INFORMADO	2	1,86
<b>MORA EM ZONA</b>		
URBANA	104	97,2
RURAL	3	2,8
<b>RENDA PESSOAL</b>		
ATÉ TRÊS SALÁRIOS MÍNIMOS	50	47,67
ENTRE TRES E SEIS	51	46,73
ENTRE SEIS E DEZ	2	1,87
ACIMA DE DEZ	4	3,73

FONTE: Elaborada pelo autor com dados dos setores de saúde das instituições da SSPDS.

**Tabela 23- DADOS PROFISSIONAIS DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>FATORES LABORAIS</b>		
<b>INSTITUIÇÃO DE SEGURANÇA PÚBLICA</b>		
POLÍCIA MILITAR	99	92,52
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	4	3,74
POLÍCIA CIVIL	4	3,74
PERÍCIA FORENSE	0	0
<b>PATENTE, POSTO OU TÍTULO INSTITUCIONAL</b>		
SOLDADO	33	30,84
CABO	27	25,23
SARGENTO	34	31,78
SUBTENENTE	5	4,67
CAPITÃO	1	0,94
INSPETOR	3	2,8
ESCRIVÃO	1	0,94
NÃO INFORMADO (PMCE)	3	2,8
<b>LOTAÇÃO DE TRABALHO</b>		
BPTUR	8	7,5
BPGEP	5	4,7
BPE	3	2,8
DEMAIS LOCAIS	91	85
<b>TIPO DE TRABALHO</b>		
OPERACIONAL	74	69,16
BUROCRÁTICO	14	13,09
MISTO	10	9,34
AGUARDANDO RESERVA	4	3,74
NÃO INFORMADO	5	4,67

**Cont. Tabela 23 - DADOS PROFISSIONAIS DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014**

<b>VARIÁVEIS LABORAIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>TEMPO (T) DE TRABALHO NA SEGURANÇA PÚBLICA</b>		
T ≤ 10 ANOS	22	20,56
11 ≤ T ≤ 20 ANOS	26	24,29
21 ANOS ≤ T	50	46,73
NÃO INFORMADO	9	8,42
<b>UTILIZA ARMA DE FOGO</b>		
NO TRABALHO	60	56,08
EM CASA	4	3,74
NO TRABALHO E EM CASA	15	14,01
NÃO USA	27	25,23
NÃO INFORMADO	1	0,94
<b>UTILIZA OUTRA ARMA LETAL</b>		
SIM	8	7,47
NÃO	97	90,66
NÃO INFORMADO	2	1,87

FONTE: Elaborada pelo autor com dados dos setores de saúde das instituições da SSPDS.

**Tabela 24 - FATORES DE PERSONALIDADE DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>VÍTIMA DE MAUS TRATOS NA INFÂNCIA E/OU ADOLESCÊNCIA</b>		
SIM	56	52,34
NÃO	51	47,66
<b>SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E/OU ADOLESCÊNCIA</b>		
SIM	20	18,69
NÃO	87	81,31
<b>APRESENTA ALGUM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE</b>		
SIM	92	85,98
NÃO	14	13,08
Não informado	1	0,94
<b>SE SIM, QUAL TRANSTORNO</b>		
BOARDELINE	0	0
HUMOR (TH)	38	35,51
OBSERVATIVO COMPULSIVO (TOC)	14	13,08
DEPRESSÃO	63	58,87
AFETIVO BIPOLAR (TAB)	22	20,56
ANSIEDADE	27	25,23
NÃO INFORMADO	1	0,93
<b>APRESENTA ALGUMA DOENÇA PSIQUIÁTRICA</b>		
SIM	63	58,88
NÃO	40	37,38
NÃO INFORMADO	4	3,74
<b>INTERNADO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E/OU DE NATUREZA MENTAL</b>		
SIM	47	43,93
NÃO	57	53,27
NÃO INFORMADO	3	2,8
<b>APRESENTA ABUSO DE</b>		
CIGARROS	15	14,01
REMÉDIOS CONTROLADOS	24	22,42
ÁLCOOL	50	46,72
SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS	12	11,21
OUTRO	2	1,87
NÃO APRESENTARAM ADICÇÃO	28	26,16

**Cont. Tabela 24 - FATORES DE PERSONALIDADE DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DO ESTADO DO CEARÁ (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>TENTOU O SUICÍDIO QUANTAS VEZES</b>		
UMA	64	59,82
DUAS	23	21,49
TRÊS	17	15,88
QUATRO	3	2,81
<b>QUAL O MEIO UTILIZADO</b>		
MEDICAMENTOS CONTROLADOS	45	42,05
ARMA DE FOGO	36	33,64
ENFORCAMENTO	28	26,16
SIMULAÇÃO DE ACIDENTE DE TRANSITO	21	19,62
REMEDIOS E ALCOOL	12	11,21
LAMINAS	10	9,34
ALCOOL	7	6,54
VENENO	5	4,67
PRECIPITAÇÃO DE ALTURA	4	3,73
FOGO	2	1,87
TREM	1	0,93
CHOQUE ELETRICO	1	0,93
OUTRO	1	0,93

FONTE: Elaborada pelo autor com dados dos setores de saúde das instituições da SSPDS

**Tabela 25 – TAXAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO (POR 100 mil), SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

ANO	TENTATIVAS	EFETIVO SSPDS	TAXAS
2010	17	18760	90,61
2011	31	20044	154,65
2012	53	19823	267,36
2013	38	20417	186,11
2014	34	22130	153,63
TOTAL	173	101174	-
MÉDIA	34,6	6.744,93	170,47

FONTE: Elaborada pelo autor

**Tabela 26 - TAXAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO (POR 100 mil) NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

ANO	PMCE			CBMCE			PCCE		
	TENTATIVAS	EFETIVO	TAXAS	TENTATIVAS	EFETIVO	TAXAS	TENTATIVAS	EFETIVO	TAXAS
2010	15	14074	106,57	0	1.945	0	2	2501	79,96
2011	26	15341	169,48	1	1.946	51,38	5	2537	197,08
2012	51	15145	336,74	1	1.945	51,41	1	2520	39,68
2013	36	14971	240,46	1	1.945	51,41	1	3175	31,49
2014	32	16430	194,76	1	1.931	51,78	0	3456	-
TOTAL	160	75961	-	4	9.712	-	9	14189	-
MÉDIA	32	15.192,20	209	0,8	1.942,40	41,196	1,8	2.837,80	69,64

FONTE: Elaborada pelo autor

**Tabela 27 - TAXAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO (POR 100 mil), POR SEXO, NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

ANO	MULHERES			HOMENS		
	TENTATIVAS	EFETIVO	TAXAS	TENTATIVAS	EFETIVO	TAXAS
2010	0	1527	0	17	17233	98,64
2011	0	1559	0	31	18485	167,7
2012	4	1571	254,61	49	18252	268,46
2013	2	1881	106,32	36	18536	194,21
2014	2	2019	99,05	32	20111	159,11
TOTAL	8	8557	-	165	92617	-
MÉDIA	1,6	1711,4	91,8	33	18523,4	177,62

FONTE: Elaborada pelo autor

**Tabela 28 - TAXAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO (POR 100 mil) EM JOVENS E NÃO JOVENS NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

ANO	JOVENS			NÃO JOVENS		
	TENTATIVAS	EFETIVO	TAXAS	TENTATIVAS	EFETIVO	TAXAS
2010	0	4686	0	17	14074	120,79
2011	1	4124	24,24	30	15920	188,44
2012	7	3475	201,43	46	16348	281,38
2013	5	4999	100,02	33	15418	214,03
2014	4	5049	79,22	30	17081	175,63
TOTAL	17	22.333	-	156	78841	-
MÉDIA	3,4	4.466,60	80,98	31,2	15.768,20	196,05

FONTE: Elaborada pelo autor



**Tabela 29 - TAXAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO (POR 100 mil) UMA ÚNICA VEZ NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>TENTATIVAS</b>	<b>EFETIVO SSPDS</b>	<b>TAXAS POR 100 MIL</b>
2010	5	18760	26,65
2011	10	20044	49,89
2012	33	19823	166,47
2013	6	20417	29,387
2014	10	22130	45,187
TOTAL	64	101174	-
MÉDIA	12,8	20.234,8	63,51

FONTE: Elaborada pelo autor

**Tabela 30 - TAXAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO (POR 100 mil) MÚLTIPLAS VEZES NA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

<b>ANO</b>	<b>TENTATIVAS</b>	<b>EFETIVO SSPDS</b>	<b>TAXAS POR 100 MIL</b>
2010	12	18760	63,965
2011	21	20044	104,76
2012	20	19823	100,89
2013	32	20417	156,73
2014	24	22130	108,45
TOTAL	109	101174	-
MÉDIA	21,8	20.234,8	106,95

FONTE: Elaborada pelo autor

**TABELA 31 – TAXA PADRONIZADA DIRETA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO, POR INSTITUIÇÃO, SECRETÁRIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA, 2010 A 2014.**

ANO	PMCE	CBMCE	PCCE
2010	80,99	-	10,80
2011	131,15	5,04	25,22
2012	260,07	5,10	5,10
2013	179,18	4,98	4,98
2014	146,67	4,58	-

Fonte: Elaborado pelo autor.

**TABELA 32 – TAXA PADRONIZADA DIRETA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO, POR SEXO, SECRETÁRIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA, 2010 A 2014.**

Ano	PMCE		CBMCE		PCCE	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
2010	88,17	-	-	-	11,76	-
2011	142,22	-	5,47	-	27,35	-
2012	265,84	193,04	5,54	-	-	64,35
2013	191,89	54,03	5,48	-	-	54,03
2014	151,31	100,48	5,04	-	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 33 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA MÚLTIPLAS TENTATIVAS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

<b>COVARIÁVEIS</b>	<b>n/N</b>	<b>MAIS DE UMA TENTATIVA (%)</b>	<b>P-VALOR</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Casados	30/75	40,000	1,000	0,984	0,595-1,627
Não casados	13/32	40,625	-	1,000	-
Solteiros	7/21	33,333	0,620	0,796	0,414-1,537
Não solteiros	36/86	41,860	-	1,000	-
Viúvos	1/3	33,333	1,000	0,825	0,163-3,159
Não viúvos	42/104	40,384	-	1,000	-
Divorciados	4/6	66,666	0,216	1,726	0,931-3,199
Não divorciados	39/101	38,613	-	1,000	-
<b>IDADE</b>					
Jovens	5/9	55,555	0,479	1,432	0,759-2,703
Não jovens	38/98	38,775	-	1,000	-
<b>SEXO</b>					
Homens	40/100	40,000	1,000	0,933	0,383-2,269
Mulheres	3/7	42,857	-	1,000	-
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Superior	10/33	30,303	0,202	0,679	0,381-1,209
Não superior	33/74	44,594	-	1,000	-

**Cont. Tabela 33 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA MÚLTIPLAS TENTATIVAS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

<b>COVARIÁVEIS</b>	<b>n/N</b>	<b>MAIS DE UMA TENTATIVA (%)</b>	<b>P-VALOR</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>
<b>RAÇA</b>					
Branços	17/48	35,416	0,429	0,823	0,498-1,296
Não brancos	26/59	44,067	-	1,000	-
Negros	4/8	50,000	0,711	1,269	0,608-2,646
Não negros	39/99	39,393	-	1,000	-
Pardos	22/50	44,000	0,553	1,194	0,752-1,895
Não pardos	21/57	36,842	-	1,000	-
<b>RELIGIÃO</b>					
Protestantes	9/24	37,500	0,816	0,915	0,513-1,630
Não protestantes	34/83	40,963	-	1,000	-
Católicos	26/52	50,000	0,050	1,617	1,001-2,613*
Não católicos	17/55	30,909	-	1,000	-
Religioso	35/81	43,209	0,358	1,404	0,749-2,632
Não religioso	8/26	30,769	-	1,000	-
<b>MORADIA</b>					
Sozinho	2/7	28,571	0,699	0,696	0,211-2,301
Não sozinho	41/100	41,000	-	1,000	-

**Cont. Tabela 33 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA MÚLTIPLAS TENTATIVAS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

<b>COVARIÁVEIS</b>	<b>n/N</b>	<b>MAIS DE UMA TENTATIVA (%)</b>	<b>P-VALOR</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>
<b>RESIDÊNCIA</b>					
Reside com criança	14/45	31,111	0,114	0,665	0,399-1,107
Não reside com crianças	29/62	46,774	-	1,000	-
Reside em zona Urbana	41/104	39,423	0,563	0,591	0,256 - 1,362
Não reside	2/3	66,666	-	1,000	-
<b>RENDA SALARIAL</b>					
Baixa renda	23/50	46,000	0,323	1,311	0,824 - 2,084
Não baixa renda	20/57	35,087	-	1,000	
<b>INSTITUIÇÃO DE SEGURANÇA</b>					
PMCE	41/99	41,414	0,470	1,656	0,487 - 5,627
Não PMCE	2/8	25,000	-	1,000	
PCCE	2/4	50,000	1,000	1,256	0,458 - 3,443
Não PCCE	41/103	39,805	-	1,000	
<b>PATENTE INSTITUCIONAL</b>					
Praças	39/99	39,393	0,711	0,787	0,377 - 1,642
Não praças	4/8	50,000	-	1,000	-

**Cont. Tabela 33 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA MÚLTIPLAS TENTATIVAS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, (FORTALEZA E REGIAO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

<b>COVARIÁVEIS</b>	<b>n/N</b>	<b>MAIS DE UMA TENTATIVA (%)</b>	<b>P-VALOR</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>
<b>LOCAL DE TRABALHO</b>					
Bptur	1/8	12,50	0,140	0,294	0,046-1,869
Não Bptur	42/99	42,42	-	1,000	-
<b>TIPO DE SERVIÇO</b>					
Operacional	27/73	36,986	0,397	0,786	0,493 – 1,252
Não operacional	16/34	47,058	-	1,000	-
Burocrático	6/14	42,857	1,000	1,077	0,559 – 2,072
Não burocrático	37/93	39,784	-	1,000	-
Misto	3/13	23,076	0,234	0,542	0,195 – 1,503
Não misto	40/94	42,553	-	1,000	-
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>					
Tempo > 21 anos	22/55	40,000	1,000	0,990	0,623 – 1,572
Tempo < 21 anos	21/52	40,384	-	1,000	-
<b>USO DE ARMA DE FOGO</b>					
Usa	13/39	33,333	0,310	0,755	0,450 – 1,268
Não usa	30/68	44,117	-	1,000	-

**Cont. Tabela 33 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA MÚLTIPLAS TENTATIVAS SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014**

<b>COVARIÁVEIS</b>	<b>n/N</b>	<b>MAIS DE UMA TENTATIVA (%)</b>	<b>P-VALOR</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>
<b>MAUS TRATOS NA INFÂNCIA</b>					
Sofreu	19/51	37,254	0,693	0,869	0,544 – 1,387
Não sofreu	24/56	42,857	-	1,000	-
<b>VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA</b>					
Sofreu	3/10	30,000	0,527	0,727	0,274 – 1,930
Não sofreu	40/97	41,237	-	1,000	-
<b>TRANSTORNO DE PERSONALIDADE TP</b>					
Apresenta TP	39/84	46,428	0,010	2,669	1,064 – 6,698*
Não apresenta	4/23	17,391	-	1,000	-
Depressão	37/63	58,73	0,000	4,306	1,990-9,319*
Não depressão	6/44	13,63	-	1,000	-
<b>DOENÇA PSIQUIÁTRICA</b>					
Apresenta	29/63	46,031	0,163	1,446	0,870 – 2,405
Não apresenta	14/44	31,818	-	1,000	-

Cont. Tabela 33 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA MÚLTIPLAS TENTATIVAS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.

COVARIÁVEIS	n/N	MAIS DE UMA TENTATIVA (%)	P-VALOR	RR	IC95%
<b>INTERNAMENTO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO</b>					
Internado	25/47	53,191	0,018	1,773	1,107 – 2,838*
Não internado	18/60	30,000	-	1,000	-
<b>ADICÇÃO</b>					
Adicto	34/70	48,571	0,026	1,996	1,077 – 3,702*
Não adicto	9/37	24,324	-	1,000	
Alcoolistas	22/50	44,000	0,553	1,194	0,752-1,895
Não alcoolistas	21/57	36,840	-	1,000	
<b>INSTRUMENTO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO</b>					
Com arma fogo	12/27	44,444	0,653	1,147	0,69 – 1,898
Sem arma	31/80	38,750	-	1,000	-

FONTE: Elaborada pelo autor. \*Variáveis estatisticamente significativas.



**Tabela 34 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA SUICÍDIOS CONSUMADOS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

<b>COVARIÁVEIS</b>	<b>n/N</b>	<b>SUICÍDIO (%)</b>	<b>P- VALOR</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Casados	17/92	18,378	0,600	1,367	0,544 - 3,435
Não casados	5/37	13,513	-	1,000	
Solteiros	4/34	11,764	0,430	0,620	0,226 - 1,705
Não solteiros	18/95	18,947	-	1,000	-
<b>IDADE</b>					
Jovens	2/11	18,181	1,000	1,072	0,287 – 3,998
Não jovens	20/118	16,949	-	1,000	-
Idoso	6/7	85,714	0,000	6, 535	3,779 – 11,303*
Não idoso	16/122	13,114	-	1,000	-
<b>SEXO</b>					
Homens	22/212	18,032	0,356	-	-
Mulheres	0/7	0	-	1,000	-
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Fundamental	13/22	59,090	5,244	7,025	3,435 – 14,367
Não fundamental	9/107	8,411	-	1,000	-
Médio	7/70	10,000	0,032	0,393	0,171 – 0,899*
Não médio	15/59	25,423	-	1,000	-
Superior	1/34	2,941	0,014	0,133	0,018 – 0,951*
Não superior	21/95	22,105	-	1,000	-

**Cont. Tabela 34 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA SUICÍDIOS CONSUMADOS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A-2014.**

<b>COVARIÁVEIS</b>	<b>n/N</b>	<b>SUICÍDIO (%)</b>	<b>P- VALOR</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>
<b>RENDA SALARIAL</b>					
Baixa renda	16/66	24,242	0,0346	2,545	1,063 – 6.090*
Não baixa renda	6/63	9,523	-	1,000	-
<b>INSTITUIÇÃO DE SEGURANÇA</b>					
PMCE	20/119	16,806	1,000	0,840	0,228- 3,091
Não PMCE	2/10	20,000	-	1,000	
PCCE	2/6	33,333	0,588	2,055	0,617- 6,810
Não PCCE	20/123	16,260	-	1,000	
CBMCE	0/4	0	0,603	-	-
Não CBMCE	22/125	17,600	-	1,000	
<b>PATENTE INSTITUCIONAL</b>					
Praças	20/119	16,806	1,000	0,840	0,228-3.091
Não praças	2/10	20,000	-	1,000	
Inspetor	2/5	40,000	0,201	2,480	0,788-7,801
Não inspetor	20/124	16,129	-	1,000	-
<b>TIPO DE SERVIÇO</b>					
Operacional	14/87	16,091	0,803	0,844	0,384- 1,855
Não operacional	8/42	19,047	-	1,000	
Reserva/aposentadoria	8/11	-	0,000	6,120	3,328-11,288*
Não reserva/aposentadoria	14/118	-	-	1,000	-

**Cont. Tabela 34 - ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS INDEPENDENTES PARA SUICÍDIOS CONSUMADOS, SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, (FORTALEZA E REGIÃO METROPOLITANA), 2010 A 2014.**

COVARIÁVEIS	n/N	SUICÍDIO (%)	P- VALOR	RR	IC95%
<b>INSTRUMENTO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO</b>					
Arma de fogo	15/46	32,608	0,000	3,866	1,700- 8.793*
Sem arma fogo	7/83	8,433	-	1,000	-
Enforcamento	4/16	25,000	1,569	1,286	0,488-3,386
Não enforcamento	18/113	15,929	-	1,000	-

FONTE: Elaborada pelo autor.

\*Variáveis estatisticamente significativas.

## 9 DISCUSSÃO DO PRIMEIRO CAPÍTULO : SUICÍDIOS

### 9.1 Taxas de suicídio

Mundialmente, o suicídio no trabalho é constatado como invisível (DEJOURS, 2010). O suicídio em instituições públicas, enquanto ambiente de trabalho, perpassa pelas mesmas condições de invisibilidade ou de natureza de difícil visualização de casos suicidários. Tal invisibilidade tem possivelmente como uma das explicações, por razões óbvias, o fato de que instituições públicas ou privadas não querem associar os seus nomes a casos de suicídios.

Ainda, o conhecido efeito Werther faz com que a imprensa adote critérios de precaução nas notícias relacionados a casos de morte voluntária. Uma dessas precauções é tentar evitar que os textos da mídia caracterizem o ato suicida como heroísmo ou romantismo (RAMOS, 2007).

Nesse sentido, a morte voluntária de trabalhadores pode macular a imagem dos produtos vendidos nas empresas, provavelmente gerando repulsa e/ou perda nas vendas. No caso da Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Civil e Perícia Forense, o produto

oferecido ao “cliente” é a segurança pública. O cliente é, obviamente, a sociedade que recebe os serviços de proteção estatal.

Ressalta-se ainda que o “produto” ou “serviço” prestado “segurança pública” é entendido neste trabalho como garantia fundamental contida na Constituição Federal de 1988. A segurança pública é oriunda de uma garantia legal e jurídica e visa a proteger o cidadão dos perigos à sua incolumidade física – preservando a vida – tanto quanto proteger a liberdade e o direito à propriedade, art. 5<sup>a</sup>, CF 88 (BRASIL, 1988).

Dessa forma, novamente com foco na questão do trabalho, percebe-se que o assunto é de trato delicado. A mensagem a ser repassada, por meio deste estudo, para a sociedade é a de informar sobre a dimensão que os casos de suicídio tomaram em meio aos profissionais de segurança pública, sem que a sociedade crie repulsa ou desmereça o trabalho prestado, mas, ao contrário, possa ter empatia e concorra para a melhoria da saúde dos referidos trabalhadores.

Nesta série histórica apresentada, houve 57 suicídios nas instituições de segurança pública, em 15 anos. A média anual foi de 3,80 suicídios por ano (Tabela 9). Contudo, calculando-se, ano a ano, entre 2000 e 2014, as taxas de suicídio mostraram picos sazonais nos anos ímpares, conforme se visualiza no gráfico 01.

Não se sabe explicar o porquê desses picos a cada dois anos, nem fez parte dos objetivos dessa dissertação tal esclarecimento. Acredita-se que estudo qualitativo deva ser realizado para elucidação dessa tendência.

Ainda, a taxa total da SSPDS para o período foi de 24,40/100.000 (Tabela 9). A taxa de suicídio mundial foi de 11,4/100.000 em 2014 (WHO, 2014b). A média das taxas de suicídio da SSPDS no período foi mais do que o dobro da taxa da população mundial para o referido ano de 2014. No mundo, em média dos últimos anos, a cada 40 segundos uma pessoa se matou. O suicídio foi a segunda causa de mortes entre jovens. A previsão é que os casos de suicídio aumentem até o ano de 2020. O nível de suicídio foi, assim, considerado epidêmico (WHO, 2014b).

Portanto, visualizando-se uma taxa de suicídios da SSPDS maior que o dobro da taxa mundial, pode-se considerar a população de profissionais de segurança pública cearense um grupo vulnerável, de risco elevado (mais que o quádruplo da taxa da população geral) e também com nível suicidógeno epidêmico. Ao se padronizar as taxas, a Segurança Pública continuou com nível superior.

A taxa mundial em 2014 para homens foi de 15/100000 e para mulheres 8,0/100000 (WHO, 2014c). Na SSPDS, os homens apresentaram uma média da taxa de

26,1/100.000 (tabela 11) para o período (2000 a 2014), somente para 2014 a taxa anual masculina foi quase a mesma do período 24,8/100.000 (tabela 11). Já as mulheres apresentaram somente um suicídio, o que prejudica o efeito da comparação, mas cita-se que no período (2000 a 2014) a média da taxa de suicídios em mulheres foi de 5,76/100.000 (Tabela 6), menor do que o valor mundial supracitado. Nesta análise, deve-se entender que as mulheres ainda são parcela pequena frente ao efetivo de profissionais da SSPDS, gerando assim menos casos de suicídios.

Em 2014, o número de mulheres representou 9,12% (cálculos a partir das tabelas 3 e 6) do efetivo total da SSPDS, valor ainda longe de alcançar um patamar de equilíbrio que seria em torno de 50%. Enquanto isso, 60% dos lares brasileiros são chefiados por mulheres. A força de trabalho feminina no país é alta, mas na segurança pública essa força ainda não foi sentida, talvez em virtude da própria concepção cultural sobre a natureza do trabalho: a de que essa é uma área para homens.

Segundo o boletim de saúde de Fortaleza (FORTALEZA, 2009), a taxa de suicídio de homens de 1998 a 2008 foi de 9,9/100.000 e a de mulheres foi de 2,2/100.000. O que mostra visível semelhança de vitimização suicida em relação aos sexos no meio populacional e também nos profissionais de segurança pública.

Para Waiselfisz (2014), as taxas dos homens brasileiros de 1980-2012 são em média quatro vezes maiores do que as taxas femininas. Na SSPDS, essa relação foi aproximadamente cinco vezes maior para o período de 2000 a 2014. Já a cidade de Fortaleza, no período supracitado, aproxima-se da estimativa de Waiselfisz (2014).

Os jovens, por sua vez, apresentaram uma taxa no período (2000 a 2014) de 12,10 (Tabela 10). Em 2014, a taxa entre jovens foi de 19,80. No Ceará essa taxa geral de suicídios foi de 6,3/100.000 (2002-2012) e a do Brasil no mesmo período, foi de 5,6/100.000 (WEISENSFILED, 2014). Os dados mostram que, mesmo não sendo a taxa mais alta por faixa etária, os jovens profissionais de segurança também estão em evidência de risco e vulnerabilidade de suicídio frente à população cearense e brasileira.

Embora de 1980 a 2012, a taxa de suicídio entre jovens no Brasil tenha aumentado 62,5% (WAISELFIZ, 2014), esse grupo não é o de maior risco entre profissionais de segurança pública. Com quase essa mesma proporção de crescimento, o suicídio aumentou no Estado do Ceará (para todas as idades) em torno de 65,79% de 1998 a 2007 (OLIVEIRA, 2010).

Em relação à idade, a taxa média de suicídios para profissionais de segurança idosos no período (2000 a 2014) foi de 15,31 (Tabela 10), taxa maior do que a taxa média dos jovens, mas menor do que a taxa média dos profissionais de meia idade.

Ao se observar as médias das taxas do período para as instituições de segurança separadamente, a PMCE (33,3/100.000) apresentou quadro mais severo do que o CBMCE (15,09/100.000) que por sua vez teve taxa maior do que a PCCE (8,11/100.000) (Tabela 9). A PEFOCE não apresentou casos para o período. Separadas, as duas instituições militares (PMCE e CBMCE) mostram médias das taxas mais altas do que a taxa mundial de 2014, mas a Polícia Civil apresenta uma média de taxa menor (Tabela 9).

Mesmo assim, segundo Meneghel *et al.* (2004, p.808), a taxa da PCCE não se enquadra alta. Em termos de comparação com o Estado do Ceará, nos anos de 2000 a 2014, a taxa girou em torno de 6,0 casos para cada 100.000 habitantes, valor também próximo da taxa anual brasileira que também é em torno de 6,0/100.000 (WAISELFISZ, 2014).

Segundo Nock *et al.*, (2013), a ocorrência de suicídio em militares é mais alta do que a maioria da população. Talvez essa seja uma explicação plausível para essa superioridade nas taxas da PMCE e CBMCE frente à PCCE.

Por outro lado, Haute e Violanti (2014), afirmam que entre os policiais americanos (nos EUA os policiais são civis) as taxas de suicídio são maiores para esses profissionais do que na população americana em geral.

Nesse sentido, acredita-se que a PCCE apresentou taxa média de suicídios mais baixa do que a do CBMCE por uma questão de subnotificação de casos ou devido à amostra pesquisada ou por fatores que não puderam ser identificados nesta pesquisa.

Este estudo não tem como dar uma resposta concreta a essa discrepância. Todavia, ao se visitar os centros de apoio biopsicossocial das quatro instituições de segurança pública do Estado, a Polícia Civil, em avaliação “superficial”, em termos de impressão visual das instalações e de quantitativo de profissionais empregados, tem um setor de saúde com uma boa estrutura.

O referido departamento médico e social tem ambiente climatizado, sala de musculação, 01 (um) educador físico à disposição de treinos, 01 (um) nutricionista, 03 (três) fisioterapeutas com sala de fisioterapia equipada, 06 (seis) psicólogos, 06 (seis) assistentes sociais, 02 (dois) sociólogos, 01(uma) enfermeira, 02 (dois) auxiliares de enfermagem e 04 (quatro) médicos (ANEXO G).

Além disso, o departamento de assistência médica e psicossocial da Polícia Civil (DAMPS) atende também os familiares de policiais, trabalha com grupos de terapia, presta

assistência aos alcoolistas, faz parcerias com setores de saúde como o ISSEC, etc. O trabalho na área de apoio à saúde física e mental do policial civil e seus familiares apresentou-se como experiência exitosa. Em adendo, informa-se que o aparelhamento na Polícia Civil foi obtido, em parte, com verba federal junto à Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP).

Nesse sentido, entende-se que a atenção à saúde dos profissionais de segurança pública pode ser melhorada, uma vez que os recursos financeiros para Segurança Pública sejam melhor geridos e direcionados. Exemplo disso é o que afirma Sapori (in: LIMA, 2015, p. 61). “Não é incomum a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Saúde – SENASP/MJ receber a devolução de recursos federais por absoluta incapacidade de execução dos entes federados”. Em suma, afirma Sapori, “gasta-se pouco e mal na segurança pública”, em nosso país.

Destarte, entende-se que há indícios de que o investimento e a atenção da Polícia Civil à saúde física e mental dos seus policiais pode ter impactado positivamente na redução de suicídios e tentativas de suicídio. Contudo, estudo mais aprofundado deve ser desenvolvido para comprovação robusta dessa impressão.

Em reforço a essa análise, registra-se que os órgãos de segurança do interior do Estado do Ceará se apresentam em hiato, um vazio geográfico de atendimento de seus policiais, devendo se interiorizar os locais de atendimento biopsicossocial, em pontos estratégicos, a fim de se obter melhor atendimento nas 184 cidades interioranas do estado.

Problema semelhante de interiorização dos atendimentos internos de saúde se verifica no Estado do Rio de Janeiro, segundo entrevista a um inspetor de polícia daquele estado, registrada por Minayo (2013C, p. 616): “Trabalho numa unidade policial do interior, onde não temos acesso a nenhuma assistência à saúde pessoal ou familiar da polícia civil! Não é justo que com salários tão baixos ainda tenhamos que pagar do próprio bolso, consultas, exames...”.

Já o Corpo de Bombeiros não tem um setor biopsicossocial bem desenvolvido e estruturado como o da PCCE. O setor de apoio biopsicossocial funciona em uma sala do prédio da Caixa Beneficente do Corpo de Bombeiros mantida através de pagamento mensal de bombeiros associados.

O setor biopsicossocial do CBMCE limita-se a um dentista, com sala equipada e comprada com os recursos dos associados, e a uma única psicóloga. No passado havia uma assistente social, mas hoje não há mais. Os médicos do quadro de saúde do Corpo de Bombeiros não atendem lá, muito embora no setor onde respondem ao seu expediente de trabalho, o Grupo de Socorro de Urgência – GSU - (setor de atendimento de primeiros

socorros em ambulâncias), existam parcerias e o serviço médico possa ser prestado a bombeiros militares, mas de forma dissociada e descentralizada do setor biopsicossocial cujas instalações físicas ficam a mais de 10km de distância.

Nesse sentido, ao contrário, por exemplo, da PMERJ, cujo quadro de oficiais da polícia militar, graduados na área de saúde, conta com mais de 40 psicólogos, não existem profissionais psicólogos nos quadros de saúde do CBMCE e/ou PMCE.

No setor de saúde da PMCE foi identificada a presença de 01 psicóloga civil, com o serviço de atendimento à tropa militar. Na SSPDS, há outra psicóloga, outrora trabalhou no setor biopsicossocial e depois transferiu-se para uma das salas das instalações físicas da secretaria de segurança (no batalhão de polícia comunitária), continuando a prestar tratamento psicológico a antigos pacientes e familiares, bem como ensejando novos atendimentos, inclusive com um turno de trabalho voltado aos militares da Coordenadoria de Operações Aéreas (CIOPAER).

É importante ressaltar o nível de organização, de dedicação e o volume de trabalho prestado pela psicóloga atual do setor da SSPDS. Os modelos de prontuários existentes no setor da PMCE são fruto de serviços de aproximadamente 20 anos junto aos policiais militares e familiares, tendo sido iniciado no antigo Hospital da Polícia Militar.

Ainda, no batalhão de polícia montada, atuam uma psicóloga e uma assistente social, um educador físico, uma fisioterapeuta e uma pedagoga que também prestam serviços a familiares de policiais e a crianças com necessidades especiais através do trabalho de equoterapia. No colégio de Polícia Militar há mais duas psicólogas. Essas duas, com destinação funcional prioritária para o atendimento aos alunos, portanto, restando, por razões óbvias, pouco ou nenhum tempo dedicado aos policiais militares daquela unidade.

Outro fator importante para análise de atendimento da área de saúde das instituições é o efetivo da PMCE, para o período de quinze anos desta série histórica, (somando-se as populações e calculando as porcentagens), a PMCE foi representativa de 72,89% de todo o efetivo da SSPDS, a PCCE foi representativa de 14,87%, o CBMCE, 11,47%, e a PEFOCE somente 0,77% (cálculos percentuais a partir da tabela 3). Entende-se que os profissionais de saúde para todas as instituições deveriam ser lotados de forma proporcional ao efetivo de suas instituições, o que não ocorre.

Em relação à natureza de trabalho na segurança pública, ressalta-se que a PMCE tem como missão institucional o policiamento ostensivo das ruas, trabalho prioritariamente fora do quartel. O CBMCE trabalha aquartelado, ou seja, os bombeiros esperam no quartel para que chamadas sejam feitas e só então vão aos locais sinistrados. A PCCE é a polícia



investigativa, em tese, tendendo a estar em locais de crimes depois que os delitos acontecem (SOUZA; GOMES, 2013). A PEFOCE atua na área médico-legista dentro das salas de necropsia, mas os peritos e os agentes tem a obrigação de deslocamento para locais de sinistros só depois do acontecimento de crimes, a fim de fotografar locais de crime, recolher provas, recolher cadáveres, etc.

Diante disso, apesar de a rotina estressante estar inerente e presente em todas as instituições de segurança pública, entende-se que a PMCE é a corporação mais exposta à violência urbana e à pressão social dentro da SSPDS-CE. Na pesquisa, a maioria dos profissionais que cometeram o suicídio, de acordo com o gráfico 11, foram os que exerciam atividade operacional.

Sobre a operacionalidade, é importante registrar, por exemplo, que a violência urbana na capital cearense matou a uma taxa de 81,1/100.000, mais de oito vezes a taxa considerada epidêmica para homicídios, que é de 10/100.000 (CERQUEIRA *et al.*, 2016). Fortaleza é a segunda cidade mais violenta do Brasil e uma das mais violentas do mundo. Saliente-se que o Brasil (OMS, 2014) é o país onde mais se matou no mundo, em números absolutos.

Diante dessas estatísticas, a pressão psicológica dos policiais deve ser bastante elevada. Portanto, entende-se que o apoio médico e biopsicossocial aos policiais militares deve ter igualmente quantidade e qualidade no atendimento.

Contudo, deve-se pontuar também que a PCCE vive dias conflituosos diante de delegacias com xadrezes (celas prisionais) lotadas para além da capacidade (MONTENEGRO; BRAGA, 2012), causando semelhança do policial civil com o serviço do agente penitenciário de presídios, bem como tomando considerável tempo de dedicação à investigação criminal, investigação essa que já é considerada deficitária (WASELFISZ, 2015).

Às vezes, a situação do preso de delegacia é pior do que nos presídios, como registrado no mutirão carcerário do ano de 2012, (MONTENEGRO; BRAGA, 2012, p. 37), “Os detentos passam 24h dentro de celas fétidas e extremamente quentes, sem direito a banho de sol...”.

Ainda, é importante ressaltar que policiais civis, em suas viaturas caracterizadas (uma vez que nem todas as viaturas de Polícia Civil são descaracterizadas), são vistos em deslocamento pelas ruas das cidades, para levar um “preso” para o exame de corpo de delito na PEFOCE, fazer intimações e até investigações (FREIRE; CAMELO PARENTE, 2014), por exemplo. Em tais situações, fora do ambiente da delegacia, assemelha-se o policial civil

também ao policial militar. Não somente “intramuros” está o policial civil, em tese, “protegido” ou menos exposto à violência de rua.

Outro exemplo dessa exposição é a ocasião de cumprimento de mandados de prisão e de busca e apreensão, onde operações são realizadas, às vezes em parceria com a própria polícia militar, onde os agentes de segurança cooperam repressivamente na imposição da lei e da ordem pública, encarcerando homicidas, traficantes, estupradores e outros infratores. Enfim, as situações de atuação podem variar de inúmeras formas, não se podendo afirmar que uma instituição de segurança pública está 100% fechada em um *modus operandi*, em uma forma de agir.

Em relação ao risco da missão policial, Adorno e Minayo registram (2013, p. 588) “do ponto de vista das polícias, seu ‘risco epidemiológico’ se materializa principalmente nos confrontos armados, nos quais se expõem e podem perder a vida. É certo que o risco é inerente à natureza das operações policiais”. Uma das sequelas desse risco é o alto nível de adoecimento, transtorno do estresse pós-traumático e ideação suicida (ROCHA, 2013). Essa realidade atinge policiais de várias partes do Brasil como Minas Gerais e Pernambuco (MINAYO, 2011).

Assim, entende-se que ao estar nas ruas, a pé ou em viaturas, ou até mesmo em helicópteros, ou no mar, em embarcações, a cumprir seu dever institucional, está o policial em iminente risco de morrer. É intrínseca à natureza de tais operações a possibilidade de confronto armado e, diante da letalidade de tais armas, a alta probabilidade de morrer em meio a um tiroteio.

Para além do risco e de outras dificuldades, estudo sobre a Polícia Civil do Rio de Janeiro mostra que muitos policiais têm a impressão de que a sociedade tem uma visão negativa da Polícia Civil. (SOUZA; GOMES, 2013). Assim, além de todas as dificuldades encontradas na atividade policial, tem o profissional de segurança pública que lidar com a rejeição social, ou mais especificamente, uma relação de interesse momentâneo. “[A sociedade] quando precisa, procura; quando não precisa, critica” (SOUZA; GOMES, 2013, p. 605).

Essa imagem negativa reforça a pressão sobre o policial. Ramos (2007, p. 36) registra “Para operadores e alguns estudiosos do tema, a mídia é parte do problema de criminalidade e violência no nosso país. Governantes, policiais e policy makers destacam frequentemente o papel negativo da cobertura jornalística da segurança pública”.

Reconhecendo que a imagem dos policiais é negativa diante da sociedade, Minayo (2013, p. 619), a fim de enfatizar a necessidade de melhoria da relação com a sociedade e a

imagem da polícia, sugere: “pensando no grande sofrimento que significa a falta de reconhecimento e a imagem negativa que os policiais percebem por parte da sociedade, caberia investir num marketing social bem pensado, com ajuda da mídia e de formadores de opinião”.

No estado do Ceará, por exemplo, existem inúmeros programas policiais que fazem a cobertura, nem sempre séria e cooperativa para uma cultura de paz frente à criminalidade. Na realidade, as cenas de morte e da violência difusa exibidas em muitos desses programas são um propulsor do medo e da sensação de insegurança.

A própria internet pode ter efeitos de imunidade ou de incentivo ao suicídio, havendo inclusive os sites que influenciam o suicídio. Por outro lado, há possibilidades de ajudar pessoas em situações de crise e reforçar o valor da vida (ROQUE, 2014), como as linhas da vida com acesso a apoio especializado via internet, tal como ocorre com os voluntários do Centro de Valorização da Vida.

A polícia e demais instituições e profissionais de segurança pública são atores de cunho fundamental nesse “teatro televisivo”, onde o papel de “herói” ou “vilão” pode se alternar da noite para o dia, ou de uma hora para outra. As redes sociais são outro campo de informações descontroladas que podem manchar a imagem dos policiais ou apoiá-los. Segundo Roque (2014), a internet chega a ser um campo de anarquia devido a sua falta de controle estatal.

Quando o profissional de segurança pública comete algum deslize, a sociedade e a mídia fazem-no pagar o preço caro da depreciação de sua imagem ante a sociedade.

Destaca-se que a imagem do profissional de segurança pública já sofre com o preço do preconceito e, por vezes, da discriminação. Nesse ponto da discussão faz-se o registro que, em relação à imagem, os bombeiros militares se encontram de forma diferenciada dos policiais, uma vez que, mesmo sendo da segurança pública, de acordo com o art. 144 da CF88, a missão institucional dos bombeiros é “vidas alheias e riquezas salvar”. Dificilmente deverá o bombeiro militar prender alguma pessoa em conflito com a lei. Por isso, sua imagem diante da sociedade é melhorada, sendo até bem-quista.

O mesmo não acontece com os policiais civis. Em entrevista de policiais civis sobre sua imagem ante a sociedade, há relatos que corroboram essa afirmação, como registrado por Souza e Gomes (2013), “O não gostar da polícia também é pela posição, pela repressão que ela pratica [...]. A sociedade tinha um certo preconceito com o policial, eu acho que até mesmo de origem, por causa da polícia ter sido usada na ditadura como órgão repressor”.

No excerto supracitado, evidencia-se que não somente os militares da PMCE e do CBMCE sofrem com o estigma de terem sido parte da repressão durante os governos militares, também conhecidos historicamente como ditadura militar, mostrando que o termo ditadura civil-militar também se adequa à repercussão de um preconceito contra profissionais que, dependendo de sua idade atual, não faziam sequer parte das forças de segurança.

Conclui-se que o sofrimento psíquico de muitos profissionais de segurança, transtornos que ocorrem por múltiplos motivos, são potencializados por essa imagem negativa de membros da sociedade. Do ponto de vista antropológico, pode-se dizer que alguns brasileiros ainda entendem o trabalho como sofrimento. A própria palavra trabalho deriva do latim *tripalium* que significava canga de castigar escravos (DAMATTA, 1986).

Diante dessa perspectiva, o trabalho em segurança pública, pelo simples fato de ser trabalho, já é passível culturalmente à simbologia de sofrimento. Como de fato, é uma atividade cheia de percalços e dificuldades, o adoecimento físico e mental é uma ameaça que precisa ser prevenida, principalmente diante do ato extremo do suicídio.

Quanto à PEFOCE, a taxa zero de suicídios chama a atenção. Saber que não ocorreram suicídios em uma determinada população é tão importante quanto descobrir altas taxas em outra população, tendo em vista que fatores de proteção em relação ao suicídio podem ser descobertos.

Todavia, uma possível explicação para inexistência de suicídios é, logicamente, o diminuto efetivo da PEFOCE, no período, em relação aos outros órgãos da segurança pública: menos de 1% do total de profissionais. Outra provável explicação é o fato de a PEFOCE ter sido criada somente em 2008, apenas 06 anos de sua história (menos da metade do período analisado no estudo) foi abordada na série histórica.

Em adição, pesquisas indicam que suicídio e tentativas de suicídio impactam os agentes de saúde (SILVEIRA, FONTE, 2014). Observe-se que os corpos dos suicidas vão obrigatória e legalmente encaminhados para a Perícia Forense.

Esses cadáveres, na maioria das vezes, apresentam deformações brutais. Por exemplo, quedas, tiros, cortes, entre outros métodos violentos de morte devem ser periciados pelos médicos legistas e seus auxiliares, tendo antes sido recolhidos com a ajuda dos agentes de perícias, motoristas do rabeção (carro de transporte de cadáveres da perícia forense) e devem ser também fotografados pelos peritos forenses para análise de constatação de suicídio, pois alguns casos de homicídio podem ser mascarados como suicídio para tentar livrar o assassino.

Enfim, entende-se que o contato com a violência é uma experiência impactante e pode ser negativa do ponto de vista do equilíbrio psicológico. Segundo Rothes (2014, p. 456), “Uma das consequências mais devastadoras do suicídio é a dor dos sobreviventes”. Enunciando as consequências que ocorrem em exposição aos suicídios, informam Santos e Tavares (2014, p. 446), “os sobreviventes enfrentam desafios únicos [...], encontrando-se em risco elevado de desenvolver perturbações psicopatológicas, como sejam: depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, bipolaridade e ideação suicida com a concretização do próprio suicídio”.

Por esses mesmos motivos, bombeiros militares, policiais civis e militares encontram-se em grupo de risco. Contudo acredita-se ser a PEFOCE, em virtude de sua destinação funcional dentro da segurança pública, o órgão que mais lida com a morte.

Conforme Lamarca e Hermes (2013, p.2577), a morte era um episódio no passado. Hoje, com o avanço da tecnologia, muitas pessoas morrem nos hospitais, cercados de cuidados e de atendimento em saúde especializada, deixando de ser episódio e passando a ser um processo, uma sucessão de fatos que vem a suavizar o impacto do luto e da morte.

Todavia, no caso dos profissionais de segurança pública e principalmente dos profissionais de saúde-segurança que trabalham em perícia forense, a morte continua sendo um episódio, um instante no qual não se tem uma preparação para o “morrer”.

Qualquer hora é hora de encontrar um morto, de ver uma pessoa morrendo, ou no caso da polícia, matar em nome da lei, nas situações de legítima defesa de si ou de outrem tão comuns em meio a tiroteios de criminosos contra a polícia. Dessa forma, o impacto da morte, para essa categoria de profissionais é diferente do das demais pessoas da sociedade.

Diante de tais evidências, não se acredita na imunidade a suicídios e tentativas apresentadas pelos profissionais de segurança pública que trabalham na PEFOCE. Na verdade, o pouco tempo de criação, o efetivo muito pequeno e a inexistência de um setor biopsicossocial estruturado dos profissionais da PEFOCE ensejaram a notificação zero de suicídios.

Nesse sentido, na busca de suicídios do banco da PEFOCE, entre os anos de 2000 a 2014, as palavras médico, legista e perito indicaram não haver quaisquer desses profissionais que tenham morrido de morte violenta e tenham passado pelos registros da PEFOCE. A mortalidade da PEFOCE geral, 2010 a 2014, mortes violentas e não violentas, foi de apenas 04 profissionais.

Diante dos fatos, acredita-se que estudo aprofundado deve ser realizado sobre os profissionais da PEFOCE. Isso porque, como foi supracitado, uma vez constatada a real

“imunidade” dos profissionais da PEFOCE a suicídios e tentativa de suicídio, deve-se enunciar quais são fatores de proteção contra o suicídio na referida população de trabalhadores.

Em relação ao risco relativo de suicídio para segurança pública, calculado a partir das taxas de suicídio dessa categoria de policiais frente às taxas da população cearense em geral, o período mostrou que o risco foi aproximadamente de 04 vezes maior. O que corrobora com a ideia de vulnerabilidade desse grupo de trabalhadores.

Estudo sobre a polícia militar em São Paulo, segundo Lima (2003, p.85), o risco para suicídio chegou a ser 5,7 vezes maior na PMESP do que na população em geral. Salienta-se que separadamente, a PMCE teria um risco aproximadamente 05 vezes maior frente à população cearense no respectivo período.

Para se perceber o quanto esses níveis são altos, é interessante a comparação de se imaginar que determinado grupo de pessoas tem cinco vezes mais risco de desenvolver câncer que a população de seu estado, ou cinco vezes mais risco de desenvolver AIDS, sendo contaminadas por HIV, que os demais componentes de sua população.

Todavia, as doenças, mesmo o temido câncer ou a AIDS são tratáveis, mas o suicídio não, o suicídio (apesar de ser evitável na maioria dos casos) é um golpe exterminador, geralmente surpreendente. Daí, do ponto de vista da saúde pública, observa-se o quão impactante para uma população é ter risco elevado para o suicídio.

## **9.2 Anos potenciais de Vida Perdidos**

O resultado dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) foi calculado para a idade de 75,2 anos, expectativa de vida do brasileiro ao final do período da série histórica (IBGE, 2015). A expectativa de vida no País melhorou, consideravelmente, nos primeiros anos do século XXI devido ao avanço da ciência, às melhorias das condições sociais no Brasil e no mundo, à redução da taxa de pobreza entre outros fatores (HOBBSAWN, 2008).

Assim, registra-se que o resultado da perda de anos potenciais para os profissionais de segurança pública foi maior do que um milênio, sete séculos, sete décadas e seis anos (APVP = 1.776,4) (Tabela 2). Esses anos perdidos poderiam ter sido evitados, uma vez o suicídio é uma morte evitável (WHO, 2014b).

Em estudo sobre a população do Rio de Janeiro, (REICHENHEIN; WERNECK, 1990) encontraram que as causas externas foram responsáveis por cerca de 30% das mortes na capital e no Estado. Os homens são o gênero mais responsável pelos anos perdidos, assim

como evidencia neste estudo para os policiais do sexo masculino. Em estudo sobre o Estado de Santa Catarina, os homens também figuraram como gênero de maior impacto nos APVP, bem como as mortes violentas ficaram em primeiro lugar entre as causas de morte do estado (SOUZA;PEIXOTO, 1999) .

Em estudo sobre APVP na Bahia, encontrou-se em uma amostra de 36 casos, uma incidência maior de mortes entre indivíduos da faixa etária de 35-39. A faixa etária de meia idade, nesse estudo, foi a que deu maior contribuição para os APVP (SANTANA *et al.*, 2007).

Em relação aos anos potenciais de vida perdidos, para reforçar a importância da prevenção do suicídio em profissionais de segurança pública, acredita-se que estudo específico poderia estimar valores pecuniários que o Estado investiu na formação de seus profissionais, com cursos de aperfeiçoamento, com cursos de especialização, com viagens a conferências, com gastos com munições nos treinamentos de tiro, com compra específica de fardamento caro (roupas contra incêndio) e equipamento de proteção individual (EPI), entre outros.

Somente no de 2014, foram gastos no Brasil 71,2 bilhões de reais com segurança pública, um aumento de 16,6% relativo ao ano de 2013 (LIMA, 2015). É bem plausível que esse dinheiro bem aplicado poderia gerar melhores resultados, bem como evitar maiores gastos.

Assim, entendendo que a morte por suicídio de profissionais de segurança pública implica em investimento financeiro que deixa de gerar resultados benéficos para sociedade, observa-se, então, relevante o investimento na área de prevenção de tentativas de suicídio e de suicídios.

### **9.3 Perfil dos profissionais de segurança pública que cometeram suicídio.**

De acordo com a distribuição de frequência (Tabela 1), o perfil de risco do profissional de segurança pública suicida (2000 a 2014) foi: ser policial militar, ser homem, ser casado, ter baixo nível de escolaridade, estar na meia idade (30-59 anos), trabalhar no serviço operacional, ter baixa renda salarial, baixa patente e praticar o suicídio com arma de fogo.

Em estudo também quinzenal (1995 a 2009) em policiais do Estado do Rio de Janeiro (MIRANDA *et al.*, 2016), o perfil dos suicidas que coincidiram com o perfil do profissional de segurança pública do Ceará foi: ser homem, casado, meia idade, baixas patentes e ter baixos salários.

Ressalta-se que esse perfil diverge do perfil mundial e nacional (WHO, 2014c) em relação ao estado civil e faixa etária, uma vez que os solteiros se matam mais, bem como os jovens e idosos. Outra discrepância com os dados mundiais é o instrumento, pois os profissionais de segurança pública praticaram suicídio com arma de fogo em sua maioria (73,7 %) (tabela 1), uma vez que esse não é o meio mais utilizado pela população mundial em geral.

Contudo, Oliveira (2013), em estudo epidemiológico sobre o suicídio no Estado do Ceará, encontrou maior índice de suicídios 2011-2012 na faixa etária de 20-49 anos e mais tentativas de suicídio na faixa etária de 30-59 anos. Mostrando semelhança de resultados com esse estudo.

Na distribuição de frequência, ressalta-se que a maioria dos suicídios não foi no local de trabalho. Essa variável foi colocada no banco de dados com o intuito de relacionar o local do suicídio com possíveis conflitos diretos no trabalho. Como isso não se confirmou, acredita-se que a maioria dos suicídios podem se relacionar com o trabalho, mas não tiveram uma motivação direta e mais importante com um conflito de trabalho, mas simplesmente foi reforçada pelo estresse inerente à profissão de segurança pública.

Outro dado relevante é que a maioria dos profissionais não morreu por causas externas, e sim por outros motivos. As causas externas demonstraram um impacto de 18,3% de todas as mortes (gráfico 13). Já o suicídio foi responsável por 2,38% (gráfico 13) de todas as mortes. Comparando o suicídio (n=57) de profissionais de segurança pública com demais causas de mortes violentas (n= 435), o suicídio representou 13,10% (gráfico 12).

Em relação ao uso de arma de fogo em violência perpetrada e sofrida, salienta-se que praticamente um policial foi assassinado por dia no Brasil, 398 mortes, enquanto a polícia matou 3009 pessoas, uma relação de 7,56 mortos pela polícia para cada policial morto. A cada 3h uma pessoa foi morta pela polícia em 2014. Observa-se que a polícia morre muito, mas mata mais no Brasil (LIMA, 2015).

De 1980 para 2012, houve um aumento de 556,6% de homicídios com armas de fogo e um aumento de 49,8% para os suicídios com armas de fogo. (WASELFSZ, 2015). Diante desses dados sobre o Brasil, nada menos esperado do que a população de profissionais de segurança pública do Estado do Ceará utilizar a arma de fogo como instrumento de suicídio.

Outro fator importante é a possibilidade do homicídio-suicídio (H-S). Na procura por casos de suicídios para revisão de literatura deste trabalho, foram encontrados casos em que policiais matam as companheiras e depois se matam (SILVEIRA; FONTE, 2014).



Segundo os autores esse é um tipo comum de suicídio e tem como fator de risco usar arma de fogo. Além disso, registram Silveira e Fonte (2014, p.249), “O retrato do H-S mais comum corresponde a: um homem ciumento num registo depressivo entre 18-60 anos, bebedor social com excessos, possuidor de armas de fogo, mais velhos do que a companheira e com a relação ameaçada...”.

Nesse sentido, entende-se importante a reeducação para o uso da arma de fogo, o acompanhamento de policiais com problemas de saúde mental, principalmente quando voltam de licenças médicas, uso de armas não letais quando possível (uma vez que os criminosos a cada dia conseguem armas de grosso calibre e poder de destruição devendo ser combatidos à altura pelas polícias). No Brasil, essas são possíveis estratégias para uma resposta a curto e médio prazo na redução de suicídios e também de homicídios.

Em longo prazo, acredita-se que um trabalho de grande magnitude, abrangência e qualidade com fins da difusão e da manutenção da cultura de paz, conjuntamente com a transformação de nossa nação em uma sociedade mais equilibrada em todos os aspectos sociais (saúde, educação, lazer, etc.) poderia mudar o quadro estarrecedor de “guerra civil urbana” em que vive o Brasil, diminuindo também o número de suicídios em profissionais de segurança pública.

Não será a polícia e demais órgãos estatais que conseguirão mudar a segurança pública do País. Entende-se que só um esforço conjunto de mobilização social em todas as esferas poderá construir uma nação mais justa e igualitária ou pelo menos reduzir os níveis de violência a padrões aceitáveis, se é que a violência em qualquer nível pode ser tolerada.

## **10 DISCUSSÃO DO SEGUNDO CAPÍTULO: TENTATIVAS DE SUICÍDIO.**

### **10.1 Idade**

Valendo-se dessa premissa, com base na distribuição de frequência, encontrou-se nesta pesquisa que o indivíduo potencialmente propenso a uma ou mais tentativas de suicídio seria de meia-idade (Tabela 22), a saber, entre 30 e 59 anos, de acordo com a OMS, e com o ordenamento jurídico brasileiro (Estatuto da Juventude lei nº 12852 de art. 1º parágrafo 1º) que considera os jovens como pessoas de até 29 anos, e idosos aqueles com mais de sessenta anos (Estatuto do Idoso, artigo 1º).

Nos resultados, foram encontrados, na meia-idade, 97 casos (90,65%) entre 107 (Tabela 22) profissionais que atentaram contra a própria vida. Estudo sobre o suicídio no

Ceará encontrou maior incidência de tentativas nessa faixa etária, 30-59 anos (OLIVEIRA, 2013).

Nesse sentido, é importante salientar que o ingresso na Polícia Militar, no Corpo de Bombeiros, Perícia Forense e Polícia Civil acontece somente com idade mínimo de 18 anos, o que já reduz a probabilidade de se encontrar jovens nas fileiras de tais instituições.

Ainda, a exigência de escolaridade passou do Ensino Médio para o nível superior para todos os policiais que ingressam na Polícia Civil e para os agentes e peritos da PEFOCE.

Para oficiais da PMCE e do CBMCE idem, todos os candidatos agora já devem ser formados. Considerando-se a idade de término do Ensino Médio em torno de 17 e 18 anos, com mais 05 anos de graduação, tem-se que grande parcela dos profissionais de segurança pública está entrando com mais de 23 anos nas instituições, diminuindo sensivelmente o intervalo de idade considerada jovem entre esses servidores públicos.

O fator idade é variável bastante relevante na análise de resultados deste estudo, uma vez que um número muito grande de suicídios e/ou tentativas de suicídios na população jovem entre esses profissionais tenderia a uma interpretação de que as instituições de segurança não adoecem mentalmente seus profissionais; mas, sim, eles já seriam doentes mentais, indivíduos com transtornos de personalidade e/ou psiquiátricos que, no afã de viverem o extravasamento de emoções ou saciarem a sede por violência e situações perigosas, enveredaram para concursos na segurança pública.

Em relação às taxas, o período de cinco anos, 2010 a 2014, mostrou para os jovens uma taxa média de 80,98/100.000 frente a uma taxa de 196,05/100.000 para não jovens (Tabela 28), demonstrando que para além da distribuição de frequência, os jovens continuam sem mostrar fator de risco nesta pesquisa, fortalecendo a tese de que os períodos vividos dentro da segurança pública favorecem a ideação suicida e a vulnerabilidade do indivíduo.

Salienta-se que para discussão desta dissertação, uma tentativa de suicídio foi considerada uma ideação suicida de menor potencial frente a múltiplas tentativas que foi considerada neste estudo como ideação suicida mais severa.

Nessa observação, provavelmente pelas razões expostas, os resultados contrariaram a literatura científica predominante no que diz respeito à idade jovem que é considerada faixa de risco para suicídios e tentativas (WHO, 2009; SANTOS; NEVES, 2014).

## 10.2 Sexo

De uma maneira geral, em Fortaleza e região metropolitana, as mulheres utilizando meios menos letais, como remédios, veneno e mutilação dos pulsos, apresentaram número de tentativas maiores frente aos homens. Parcela considerável de um estudo da capital cearense (17,48%) utilizou fogo na tentativa, meio que também permite o socorro e sobrevivência, apesar das sequelas terríveis que deixa nas vítimas (PONTES, 2007).

Os homens, por sua vez, conseguem o “sucesso” ou consumação do suicídio bem mais que as mulheres, pois utilizam meios mais violentos, mais letais, como armas de fogo e precipitação de alturas (WHO, 2009).

A distribuição de frequência deste estudo mostrou 100 (93,45%) homens e mulheres 07 (6,54%) (Tabela 22). Uma razão de 14,28 homens para cada mulher. Estudo em policiais americanos mostrou que naquele país o suicídio de mulheres policiais também é baixo (SHEN; RUI, 2013).

No Ceará essa relação também é maior para homens (OLIVEIRA, 2010). Na cidade de Fortaleza idem (FORTALEZA, 2009). Estudo sobre atendimento em hospital da capital cearense também identificou a maioria de tentativas em mulheres (OLIVEIRA, 2013). Estudo na Polícia Militar do Rio de Janeiro (PMERJ) mostrou apenas duas mulheres entre os suicidas para o período analisado (MIRANDA *et al.*, 2016).

Assim, observou-se que os dados confirmam a literatura nacional e internacional. É importante ressaltar que os baixos números de suicídios praticados por mulheres na Segurança Pública se dá possivelmente pelo menor acesso que elas têm a cargos públicos nessas profissões.

Entretanto, esse panorama está mudando, com o maior poder econômico das mulheres e suas novas formas de expressão ao se valerem da violência (PONTES, 2007). A maioria das casas brasileiras é comandada por mulheres, uma vez que muitos homens estão morrendo no País. Acredita-se que, com a maior entrada de mulheres na Segurança Pública, esse número aumente.

## 10.3 Estado Civil

Para a variável “estado civil”, os resultados mostraram outra dissonância em relação aos estudos mundiais. Segundo a OMS (2014), a solidão e o isolamento são fatores de risco para o suicídio. Entretanto, o presente estudo apresentou o número de 71 (66,36%) que

juntamente com os indivíduos em união estável 04 (3,74%) (pessoas em condições de igualdade aos casados) totalizam 75 (70,1%) (Tabela 22), percentagem considerada predominante entre os profissionais que atentaram contra a própria vida.

Todavia, procurou-se refletir sobre o que poderia justificar tal discrepância, concordando-se com o fato de que a companhia, o estado de casado ou em união estável seja fator de proteção contra as tentativas de suicídio. Estudo mostrou suicídios maiores em solteiros, em Fortaleza (PONTES, 2007).

Dessa forma, essa categoria estaria como grupo diferenciado. Por outro lado, muitos profissionais de Segurança Pública são casados, mas passam longas jornadas fora de casa, em plantões de 24h, saindo desse serviço e indo para o conhecido “bico” (MIRANDA *et al.*, 2016) trabalho esse, extra quartel ou delegacia por exemplo, na atividade de segurança privada.

Nota-se, dessa forma, que é possível estar casado, mas longe do cônjuge e dos familiares, aparentando um “status” de solteiro. Esse fator ainda promove facilidades para infidelidade conjugal, uma vez que alguns policiais podem dormir fora de casa, dizendo que vão trabalhar, enquanto realizam encontros adúlteros.

Segundo Silveira e Fonte (2014), o conflito familiar e especificamente o conflito conjugal pode ser motivação para a tentativa ou consumação do ato suicida, muitas vezes, atreladas aos homicídios-suicídios (H-S), que podem ocorrer entre conjuges, filhos, outros membros da família e fora do ambiente familiar.

Na análise de tal situação, encontra-se interface de discussão com o uso da arma letal. O indivíduo que porta a arma de fogo, como comumente ocorre entre os profissionais de Segurança Pública, pode, diante de uma ideação suicida impulsiva (SILVEIRA; FONTE, 2014,p. 249), chegar a matar o cônjuge ou companheiro(a) depois de uma discussão, um desentendimento ou até por motivos banais, após uma situação de estresse e descontrole emocional.

Diante da morte do cônjuge, o sobrevivente do conflito pode atentar contra a própria vida, diante do impulso extremo em que se encontra de escapar da dor moral de ter assassinado alguém que deveria proteger, a pessoa para a qual normalmente jurou fidelidade e amor até o fim da vida.

Para além dessas explicações, não se pode esquecer do conjunto de forças sob as quais se encontra submetido e, obviamente, pressionam um profissional de Segurança Pública.

O casamento é um fator de proteção para o suicídio quando vivido da forma ideal que dele se espera, qual seja a parceria e o convívio salutar. Pode se tornar inútil contra ideação suicida, ser casado na “aparência” ou ser casado de fato, mas estar submetido a tantos fatores de risco que, dependendo de sua quantidade, natureza e de sua intensidade, puxarão a resultante de forças para um desfecho morte. Duas situações bem plausíveis de acontecer com um profissional de Segurança Pública.

Além disso, diversos estudos sobre as relações familiares não encontraram consenso sobre essas interações em família frente às múltiplas causas biológicas, genéticas e psicológicas que podem ocasionar o complexo fenômeno do suicídio (FRAZÃO; SANTOS; SAMPAIO, 2014).

#### **10.4 Escolaridade**

Em relação à escolaridade, observa-se que o maior registro em tentativas foi no Ensino Médio 63 (58,88%) (Tabela 22). De acordo com a ABP (2014), o conhecimento é fator de proteção para casos de suicídio e de tentativas, uma vez que a própria OMS, bem como a ABP, consideram como mito o fato de que se falar sobre suicídio, irá gerar novos casos.

O mais alto nível de escolaridade mostra-se como base de fortalecimento para que um indivíduo possa resistir às intempéries da vida, bem como esteja inserido no mercado de trabalho. Ter um emprego é relevante fator protetivo contra o suicídio (WHO, 2014c).

Além disso, é justamente nas instituições de ensino, principalmente na fase de infância e da adolescência, que se deve fortalecer a prevenção ao suicídio. Segundo Brás e Santos (2014), “A escola é local privilegiado, lógico e natural para desenvolver programas de prevenção do suicídio nos jovens por vários motivos”.

A favor do aumento do nível de escolaridade, cita-se que um nível de graduação era entendido como ápice de conhecimento no Brasil. Historicamente, os jovens brasileiros de famílias mais ricas viajavam para o exterior para estudarem (FARIAS, 2004), obter a graduação ou “laureamento” sendo, portanto, referência para a conquista de bons empregos, bem como status social.

Hoje, o conhecimento do manuseio de computadores, o domínio de pelo menos uma língua estrangeira, a pós-graduação, a experiência profissional, entre outras exigências fazem com que a população procure aumentar o seu nível de escolaridade na busca de melhores chances de trabalho.

Nesse sentido, observou-se como se dava o ingresso de militares na PMCE e CBMCE, no século passado, a exigência para tornar-se soldado das fileiras militares era que o candidato soubesse as quatro operações matemáticas e escrevesse um ditado de palavras.

Com a análise do passado, percebe-se que não existia concurso público, mas indicação. A história do Brasil é prova disso, pois as capitâncias hereditárias e a instituição de cargos das autoridades eram indicação do Rei. Assim, por muito tempo aconteceu a nomeação de empregos e cargos públicos no Brasil, pré-constituição de 1988 (FARIAS, 2004).

Com as mudanças no ingresso de servidores públicos em geral previstas na CF88, obviamente alcançando militares e profissionais de Segurança Pública, o nível intelectual dos candidatos foi aumentando. Com as lutas trabalhistas históricas no mundo e no Brasil, verificou-se também melhoria das condições de trabalho e da prestação de serviço dos profissionais públicos em geral incluindo os servidores em Segurança Pública (SANTOS, 2008).

Diante desse aumento de nível de escolaridade, levando-se em conta os resultados das associações calculadas neste estudo, percebe-se que essas mudanças são benéficas ao servidor em Segurança Pública. Exemplo disso é que para a comparação entre os grupos com uma tentativa de suicídio e mais de uma tentativa de suicídio, o nível superior mostrou-se como fator de proteção, mas sem significância estatística. Porém, quando realizada a comparação de tentativas e suicídios consumados, o nível médio foi estatisticamente significativo como fator protetivo com  $p = 0,03$ ,  $RR = 0,393$  IC 95% (0,171 – 0,899) e o nível superior 0,014 e  $RR = 0,133$  IC 95% (0,018 – 0,951) (Tabela 31), indicando que estudar é um fator de proteção contra o suicídio.

Ao se observar a história das instituições no Ceará, observa-se que a capacidade intelectual e o alto nível de escolaridade são cada vez mais exigidos desses servidores, onde se usa menos músculos e mais inteligência. O prognóstico é de que o melhor nível intelectual venha a pesar favoravelmente para a diminuição de suicídio no seio da Segurança Pública.

Indício disso, segundo Pontes (2007), é que o grupo de trabalho que teve a maior parcela de suicídios em Fortaleza e região metropolitana foi formado de profissionais com baixa qualificação profissional 38,12% de todos os suicídios da pesquisa. Logo o contrário: a maior qualificação e nível de escolaridade parecem plausíveis de serem entendidas como fator de proteção.

Todavia, os concursos de soldados da PMCE e do CBMCE ainda permanecem com exigência de escolaridade para o Ensino Médio, muito embora exista uma forte pressão para elevação a nível superior, por causa disso muitas associações de militares argumentem

como Santos (2008), que o profissional com maior nível de educação deve ser melhor remunerado, implicando na melhoria da qualidade do atendimento social prestado (SANTOS, 2008).

Todavia, não se pode esquecer que é majoritário na literatura científica que o suicídio é multicausal (BOTEGA *et. al*, 2015), portanto, de uma complexidade alta para desvendar as relações de causalidade dos casos de suicídio em um grupo. Uma só ação ou investimento em só uma área de atuação de um grupo pode não ser suficiente.

Concorda-se que para entender melhor o suicídio de profissionais de Segurança Pública, faz-se necessário estudar os casos individualizados, através de “autopsias psicológicas”, método científico baseado em entrevistas e análises de documentos de vítimas, para daí tentar alcançar a proximidade da verdade real acerca da explicação desse fenômeno, tarefa que não faz parte do escopo deste trabalho científico, que nesta discussão apenas tangencia tais pontos que necessitam de maior profundidade de pesquisa.

Por enquanto, é necessário entender que, tanto os ricos como os pobres, tanto homens como mulheres, pessoas famosas, ignorantes ou intelectuais, não há ninguém que esteja totalmente isento da epidemia dos suicídios (MARX, 2006).

Um só estudo como este, ainda incipiente em abordar o suicídio de profissionais de Segurança Pública do Brasil, não poderia ter a pretensão de inferir uma causalidade replicável para outras instituições de segurança, de nível municipal, federal ou de outros estados. Apenas reforçar a pesquisa que aliada a outros estudos venha a melhorar as produções científicas nessa área.

Ademais, pelo menos para o Estado do Ceará, dentro das limitações deste estudo, acredita-se que o investimento na formação intelectual dos profissionais de segurança foi uma boa estratégia para prevenção de suicídios e deve ser pensada como política interna de trabalho.

Nessa linha de pensamento, registra-se que no âmbito da SSPDS, via Academia Estadual de Segurança Pública, os instrutores militares e civis das instituições vinculadas (PMCE, CBMCE, PCCE e PEFOCE) são remunerados atualmente por titulação acadêmica.

Antes, a hora aula paga a um instrutor profissional de Segurança Pública estava atrelada à sua patente. Hoje, um soldado ou escrivão de polícia, por exemplo, que tenha um mestrado em qualquer área, receberá valor maior do que um coronel pela mesma aula ministrada, se ele possuir somente graduação. Internamente, nota-se a valorização do estudo, o que motiva a ascensão educacional por parte dos profissionais de Segurança Pública do Ceará.

Além disso, as promoções de cargo ou patente são influenciadas diretamente por pontuação extra aos profissionais que conseguiram ascender intelectualmente, além dos cursos internos de capacitação que são fundamentais para tais promoções (Lei 15.797 de 2015). Esse é outro indício de que o nível intelectual tem atualmente motivação interna para muitos profissionais que inclusive estavam parados há muito tempo em relação ao estudo.

### **10.5 Raça**

Ao se observar a distribuição de frequência, a maioria dos profissionais que tentaram o suicídio eram pardos 50 (46,73%), seguidos por brancos 48 (44,86%), negros 8 (7,48%) e outro 1(0,93%) (Tabela 22). Tal distribuição de frequência mostra um equilíbrio entre brancos e as demais cores, não cabendo estabelecer que os casos de tentativas de suicídio tenham uma cor, como concluiu Waiselfisz (2015) em relação aos casos de homicídios por armas de fogo no Brasil e no Ceará, que vitimou no País, nos últimos anos, mais jovens não brancos.

Já para o suicídio em profissionais de Segurança Pública, cita-se que, segundo Miranda (2016), em estudo sobre a PMERJ, entre 2005 e 2009, de 26 casos de suicídio, 6 (23,07%) eram brancos e 17 (65, 38%) pardos. Estudo sobre profissionais de Segurança Pública e privada mostrou que policiais negros dos Estados Unidos apresentaram baixas taxas para suicídio (SHEN; RUI, 2013).

No entanto, registra Pontes (2007, p.129), acerca da definição de cor e relações culturais diante da raça, no Brasil, o provérbio popular: “o preto que tem dinheiro é branco e o branco que não tem dinheiro é preto”. Em forte alusão à miscigenação cultural e de como se dá no Brasil, o tratamento social pela cor da pele.

Em seus resultados, Pontes (2007) reforça ainda que há muitos registros de suicídios em Fortaleza que determinam a cor parda, mas essa raça, porém, diante do ponto de vista científico, tem um matiz indefinível pelas variações oriundas da forte miscigenação de raças existentes no Brasil.

Por fim, ao se realizarem os cálculos estatísticos desta pesquisa, o esperado após a leitura científica se revelou: não houve significância estatística para nenhuma raça.



## 10. 6 Religiosidade

Ao se falar em religiosidade em relação a suicídios, não se pode deixar de registrar que Durkheim (1982 [1897]), em suas estatísticas do livro clássico sobre o assunto “O Suicídio”, comparou as religiões de suicidas encontrando que protestantes se mataram mais do que católicos que, por sua vez, superaram os judeus.

Tal ordenação se devia a uma explicação sociológica, a de que os protestantes tinham mais liberdade do que os católicos, que eram mais livres do que os judeus, na forma do pensar e do agir. A explicação se vinculava à força atrativa da coesão social entre o grupo religioso.

Na observação da constatação de Durkheim (1982 [1897]), concorda-se com a explicação que parece plausível para a época. Contudo, o panorama de relações culturais e sociológicas mudou daquela época para hoje, tendo sido Durkheim já superado em vários aspectos, pelas vastas pesquisas da área.

Assim, hoje, a realidade científica é diferente. Concorda-se com o que é divulgado pela OMS (2014c): a espiritualidade é fator de proteção para o suicídio e para as tentativas de autoextermínio.

Ressalta-se que, para este estudo, entende-se espiritualidade acima da religiosidade, uma vez que é possível crer em um ente divino, criador de todas as coisas, comumente denominado “Deus”, sem necessariamente ter religião. Acredita-se que há uma dificuldade conceitual de alguns autores que confundem espiritualidade e religiosidade como sendo a mesma expressão transcendental da matéria, da crença da vida espiritual depois da morte física.

Contudo, encontra-se tanto para o termo espiritualidade, como para o termo religiosidade, trabalhos científicos concordando com o seu fator protetivo contra suicídios. Conforme Azenha e Peixoto (2014), “Aceita-se que a religiosidade tenha um efeito positivo direto e indireto na saúde mental e no comportamento, sendo que as crenças e envolvimento religioso podem prevenir o suicídio”.

No presente estudo, a distribuição de frequência representou maioria para os católicos 52(48,60%), seguidos dos protestantes-evangélicos 24(22,43%), dos ateus 07 (6,54%), dos espíritas 04 (3,74%) e das demais religiões 07 (6,54%) e de religião não informada (12,15%).

Em estudo semelhante a este na PMERJ (MIRANDA *et al*, 2016), a maior frequência de suicídio em protestantes-evangélicos corrobora a teoria sociológica de Durkheim.

Já em estudo sobre a população em geral no Estado do Ceará, encontrou maioria católica nas tentativas (OLIVEIRA, 2013).

Todavia, o nexo de causalidade vinculado à interpretação sociológica de agregação levantada por Durkheim é contrariada neste estudo. Porém, é importante deixar claro que a interpretação que se tem é que a maioria de policiais católicos que tentaram o suicídio são, de fato, não praticantes; e sim, pessoas que se batizaram, fizeram a “primeira comunhão” obrigados pelos pais enquanto eram crianças, e depois cresceram dizendo-se católicos, sem o ser na prática, na obediência aos dogmas católicos e/ou mandamentos cristãos. (BIBLIA, 1995).

Nessa discussão, ressalta-se o quinto mandamento cristão: “não matarás”. O supramencionado mandamento é taxativo no fato de que se deve abster o homem ou mulher, que se nomeiam cristãos, do ato de matar. Tal ato de extermínio, por razões lógicas, inclui a própria pessoa, a saber, não deve o indivíduo matar a si mesmo, por ferir leis cristãs. A punição para quem incide em tal delito é severa, podendo ser a própria condenação eterna, segundo os livros bíblicos.

Ainda, salienta-se o problema do sincretismo religioso vivenciado no Brasil. Muitas pessoas se declaram católicos e umbandistas, católicos e espíritas (PONTES, 2007). Complementa e confirma Farias (2004, p.78), “O catolicismo marcou profundamente a formação mental e cultural do povo cearense. Um catolicismo, todavia, que absorveu elementos de outros credos, como as religiões afro e indígenas, num fenomenal sincretismo”.

Ainda, há a parcela da população que se diz evangélica, normalmente os oriundos do protestantismo. Contudo, os “evangélicos” se diferem em diversos seguimentos como as pessoas da igreja Batista, Presbiteriana, Betesda, Assembleia de Deus, entre outras.

Ademais, cita-se que há divergências entre os próprios “evangélicos” sobre a conduta cristã, uma vez que os adventistas guardam o sábado, inclusive deixando de exercer atividades essenciais da contemporaneidade, como fazer as provas de concursos e do exame nacional do ensino médio (ENEM) (BATISTA, 2015).

Nessas diferenças religiosas entre evangélicos, há os que proíbem os familiares de doarem ou receberem sangue de outras pessoas, mesmo que eles estejam com risco de morte, como as Testemunhas de Jeová. Essa crença requer o estoque do próprio sangue do paciente, dias ou semanas antes de se operar, por exemplo, a fim de que a pessoa só receba do seu próprio sangue, caso precise (Begliomini, Begliomini, 2005).

Salienta-se também que, existem católicos diferentes, tais como os católicos apostólicos romanos e aqueles oriundos da igreja católica ortodoxa. Para os católicos, o

principal livro (na realidade uma coletânea de livros) é a bíblia. A bíblia dos católicos tem sete livros a mais do que a bíblia dos evangélicos, evidenciando que existe de fato diferença entre as formas de seguir o cristianismo no Brasil.

Pelas razões expostas, no instrumento de coleta de pesquisa preferiu-se utilizar o termo “protestante-evangélico”, em vez de somente evangélico.

Já os espíritas também leem e seguem o novo testamento, resguardadas as diferenças de interpretação entre essas religiões.

Nesse sentido, cita-se que a palavra Jesus aparece no livro o Evangelho Segundo o Espiritismo (ESE) (KARDEC, 2008 [1864]), 318 vezes, e com farta alusão a passagens bíblicas. De fato, dos 28 capítulos da obra, 27 fazem estudo direto e citam passagens bíblicas sobre a moral cristã do novo testamento.

Fato relevante é saber que, para além do mandamento não matarás, a doutrina espírita apresenta preocupação específica sobre o suicídio, determinando o materialismo – aqui entendido como o antônimo de espiritualismo – como um dos principais motivadores de suicídio, a saber, Kardec (2008 [1864], p. 89), “A propagação das doutrinas do materialismo é, pois, o veneno que inocula a ideia do suicídio na maioria dos que se suicidam, e os que se constituem apóstolos de semelhantes doutrinas assumem tremenda responsabilidade”.

No livro (ESE), sugerem-se os principais antídotos contra a loucura e o suicídio, Kardec (2008 [1864], p. 89), “A calma e a resignação hauridas da maneira de considerar a vida terrestre e da confiança no futuro dão ao espírito uma serenidade que é o melhor preservativo contra a loucura e o suicídio”.

A ideia passada no excerto é a de controle social diante do suicídio, concitando os adeptos da religião espírita a evitar tal prática, mostrando os valores da aceitação da vida presente e a esperança em um futuro melhor como uma estratégia de prevenção da morte voluntária.

Nesse sentido, pontua-se que as ideias espíritas mostraram no ano de 2002, no local geográfico desta pesquisa sobre tentativas de suicídio (RMF) notoriedade da população da capital cearense que prestigia e ou vai a eventos culturais e artísticos, ao quebrarem o recorde de público do teatro Dragão do Mar com a peça Memórias de um Suicida. Segundo Nascimento (2013), pesquisador da área de arte e de espiritualidade, a obra “Memórias de um Suicida”, mesmo sendo um texto religioso, espírita, produz excelentes reflexões sobre a prevenção do suicídio que acomete milhões de pessoas no mundo.

Em reforço a essa ideia, Sousa e Paixão (2015) registram em trabalho sobre a natureza pacifista do espiritismo “...conclui-se que a doutrina espírita e o ordenamento

jurídico apontam para um campo de convergência no que se refere a uma educação que não deve utilizar a violência”. Por dedução lógica, essa violência também engloba a categoria de violência autoinflingida.

Por outro lado, no Brasil, muitas expressões religiosas afrodescendentes, como umbanda, candomblé e macumba se intitulam como espíritas, enfatizando o sincretismo religioso existente em nosso país e dificultando a associação entre essa variável e o desfecho do estudo. Apesar desse problema na prática, o IBGE diferencia espiritualista de espírita, de umbanda e de candomblé (IBGE, 2010).

Neste trabalho, houve 04 (3,7%) tentativas de espíritas (Tabela 22). Miranda (2016) encontrou um caso de policial espírita kardecista que foi suicida, em seu estudo sobre a PMERJ.

Em relação à presente discussão, em contraponto com o fator protetivo da espiritualidade e da religiosidade, entende-se que há exceção ao fator protetivo da religião quando se trata dos mulçumanos. Segundo Santos (2014), a religião mulçumana pode levar ao suicídio por questões de honra e/ou extremo sacrifício. Na observação dos atentados terroristas predominantes no mundo contemporâneo, constata-se a alta ou quase total frequência de suicidas-terroristas como sendo pertencentes à religião muçulmana.

É possível que a religião muçulmana não incentive tais atos, mas é fato que, segundo a mídia internacional, seus adeptos se encontram entre os que mais atuam como suicidas-terroristas.

### **10.7 Morar com a família, com crianças e em zona urbana.**

Existem três variáveis no instrumento de estudo sobre as tentativas de suicídio que procuram avaliar praticamente a mesma característica de indivíduos que tentaram se matar: a solidão. Segundo Veiga (2014), “Nas regiões rurais, emerge como variável altamente correlacionada com a taxa de suicídio o isolamento geográfico”.

A ABP (2014) aponta como fator de proteção o fato de o indivíduo ter bons relacionamentos dentro da família e com amigos. Nesse sentido, as respectivas variáveis são de muita importância para os profissionais de Segurança Pública, uma vez que alguns alegam que o trabalho é um meio hostil e isso repercute em seu relacionamento dentro de casa.

Relato biográfico de policial da PMERJ (MIRANDA *et al.*, 2016) constata essa afirmativa ao registrar um policial militar dizer que às vezes, ele levava seus problemas do

quartel para dentro de casa, atrapalhando as relações. Nesta reflexão, entende-se ser pior não ter familiares e/ou amigos com os quais possa dividir suas dificuldades.

Neste ponto da discussão, uma relação física parece coincidir com a ciência social. Veja-se que em Física clássica (newtoniana ou tradicional como se costuma chamar), a pressão (P) é igual a uma força dividida por uma área (Pressão = força/área).

Simbolizando a força como o conjunto de dificuldades pelas quais passa um profissional de Segurança Pública e área como sendo a região sobre a qual recaem essas forças, no caso, supondo-se uma possibilidade um (po1): a área será o policial (caso esteja sozinho); ou uma possibilidade dois (po2): a área será o policial mais sua família; ou ainda, uma possibilidade três (po3): a área será constituída pelo policial, mais sua família, mais seus colegas de trabalho.

Ao se analisar a pressão pela qual poderá passar o policial, entende-se que ela será tanto menor quanto maior for a área, uma vez que (mantidas as mesmas forças) uma maior área implica em um maior denominador da razão. Lembrando que Pressão = força/área.

Assim, matematicamente o resultado da razão será um menor valor do quociente que é “numericamente” igual à pressão, tal como ocorre em Física. Nesse recorte de interpretação social do fenômeno, pode-se dizer que um policial apoiado por seus colegas de trabalho, por sua família e por seus amigos está muito mais “blindado” contra possíveis adversidades, conseqüentemente, contra suicídios e tentativas de suicídio. Fosse possível quantificar as pressões exercidas nas possibilidades um, dois e três, ter-se-ia: Pressão1 > Pressão 2 > Pressão 3. Esse pensamento expresso coincide com a ideia de “capital social”.

De acordo com o entendimento de “capital social”, é possível que quanto maior e melhor sejam as relações dos indivíduos com os grupos de sua interpessoalidade, maiores as chances de superar dificuldades e, entre elas, obviamente, a de não ceder a um suicídio. (SOARES *et al.*, 2007).

Em relação às crianças, a literatura científica reforça seu poder em ser fator protetivo contra o suicídio (WHO, 2014c), uma vez que, em sendo as crianças filhos dos adultos em situação de ideação suicida, há relatos biográficos que comprovam a desistência do ato suicida pela possibilidade de essas crianças ficarem sem proteção, sem arrimo. Elas são uma preocupação e, ao mesmo tempo, dão amor e atenção aos adultos, de uma maneira geral.

Além disso, a personalidade das crianças é, em geral, lúdica, interativa e social, uma vez que as crianças se encontram, em sua ingenuidade, menos afetadas do que os adultos pelos problemas do cotidiano, bem como sobre elas não recai o dever do sustento das famílias, então, o convívio com elas parece fortalecer as relações emotivas.

Nessa análise conjunta, também se tem em foco as zonas urbanas e/ou rurais, para avaliação do fator “companhia” ou o seu contrário “isolamento”. Para este estudo, entende-se como sendo mais fácil se encontrar companhia nas zonas urbanas e vizinhas às grandes cidades.

Procurou-se verificar se o meio ambiente rural ou urbano apresentariam associação com os casos de tentativas de suicídio. A referida coleta apresentou somente 03 (2,80%) indivíduos (Tabela 22), no universo de 107, que tentaram suicídio e viviam em zona rural. Morar em zona rural mostrou-se estatisticamente não significativo, muito provavelmente pelo pequeno número contido na amostra.

Porém, a quase totalitária frequência de casos em meio urbano 104 (97,20%) (Tabela 22) poderia sugerir que a cidade seria um fator de risco para casos de tentativas de suicídio, mas observa-se o viés de seleção, uma vez que os casos de tentativas de suicídio tiveram como critério de inclusão somente as notificações na capital cearense e região metropolitana.

A variável morar com a família apresentou somente 07 (6,54%) profissionais que tentaram suicídio morando sozinho, os demais moravam com algum membro da família 99 (92,53%) ou com amigos 01 (0,93%) (Tabela 22).

Ainda, as associações não foram significativas, logo, conclui-se que, contrariamente para esta pesquisa, a solidão, ao menos em termos de convivência com outras pessoas, não se associa com os desfechos. Pesquisa na PMERJ (Miranda *et al.*, 2016) mostrou que o perfil dos suicidas era de homens casados, obviamente que vivem com outras companhias, o que coincide com os resultados deste pesquisa.

Nesse raciocínio, é relevante expressar que a família desequilibrada pode se tornar disfuncional e, ao invés de ajudar os seus membros constituintes, ela pode criar papel inverso, impulsionando o suicídio (FRAZAO; SANTOS; SAMPAIO, 2014).

Para essa análise, faz-se importante ressaltar que o fato de morar com outra pessoa nem sempre implica em afeto ou apoio. No entanto, perpassa pelo óbvio que a possibilidade de ser apoiado se torna maior em convivência com familiares e/ou amigos, uma vez que sem morar com qualquer pessoa não há, pelo menos no recanto do lar, um apoio, nem mesmo para receber ajuda em caso de uma doença física.

Assim, é possível estar em meio a uma multidão e se sentir sozinho, sentir-se desprezado. Relato de militar da PMERJ diz do descaso e insensibilidade com a dor do próximo, o *numbing*, a anestesia dos sentimentos, a fim de manter o policial na sua postura inabalável (MIRANDA *et al.*, 2016).

Concordando com essa perspectiva, Rocha (2013) informa, “é comum o relato de companheiras de policiais que apontam para uma mudança indesejável de identidade dos mesmos após a entrada na corporação, quando estes se tornam mais rígidos, indiferentes à família, ou mesmo constantemente agressivos”. O desejo simbólico de ser visto como forte se torna mais importante do que o ser de verdade, às vezes, desaguando para a violência perpetrada ou autodirigida.

Na família dos policiais militares, o desaguar das emoções pode causar muitos conflitos, como relatado em Paixão (2013), podendo até suscitar o risco de suicídio entre as crianças e/ou adolescentes. Às vezes, a insensibilidade permeia o lar, vai do trabalho para a casa e o policial, principalmente se for violento e repressivo com os familiares, poderá ser um solitário, embora envolto de parentes e amigos.

Dentro dessa argumentação sobre companhias familiares, cita-se a distribuição de frequência de “morar com crianças”, entre os que tentaram suicídio, foi quase meio a meio, sim para 45 (42,05%) e não para 60 (56,09%) e não informados 02 (1,86%) (Tabela 22).

Para entender como essa distribuição torna-se não significativa, registra-se que, em probabilidade, ao contrário do que alguns podem pensar, 50% não é certeza, mas a “máxima incerteza”, uma vez que dizer que um evento de desfecho duplo (sim ou não) tem 50% de chance de acontecer é dizer que tanto um desfecho como o outro estão em pé de igualdade. Destarte, as variáveis foram constadas estatisticamente não significativas.

## **10. 8 Renda Salarial**

Eis uma variável que pode ser considerada polêmica por muitos pesquisadores. A renda salarial foi categorizada neste estudo como sendo baixa, média e alta, de acordo com os salários visualizados dentro das próprias instituições de Segurança Pública. Portanto, o conceito de baixo ou alto, aqui discutido, não se relaciona com as definições socioeconômicas do resto da população.

Realizada essa explicação, observou-se a distribuição de frequência dos casos de tentativas e foi encontrado que a maioria dos profissionais que tentaram suicídio é de renda baixa, 50 (47, 67%) (Tabela 22) o que indicaria que possivelmente o baixo poder socioeconômico está associado às tentativas de suicídio.

Realizados os cálculos estatísticos, na associação entre indivíduos para mais de uma tentativa de suicídio, a renda baixa indicou risco, mas sem significância estatística. Na

associação para o desfecho suicídio consumado, a renda baixa foi estatisticamente significativa, com  $RR = 2,545$  IC 95% (1,063 – 6,090) (Tabela 32).

O baixo ganho salarial é uma das principais queixas das categorias trabalhistas e está entre os motivos de adoecimento da classe policial (LOURINHO; PAULINO, 2014). Atualmente, com as garantias de jornada de trabalho diária e semanal, férias, idade e tempo de serviço para aposentadoria, entre outras, recai naturalmente sobre a remuneração financeira o desejo de melhoria de muitos ramos trabalhistas. Não seria muito diferente com os profissionais de Segurança Pública, muito embora ainda se verifiquem muitas reclamações das condições, ambientes e equipamentos de trabalho.

Assim, no que tange às três garantias constitucionais segurança-educação-saúde, três áreas com maiores reclamações dos brasileiros frente ao governo, é a Segurança Pública que possui menor investimento (SAPORI, in: LIMA, 2015). Portanto, tal informação suscita a ideia de que a baixa renda do profissional de Segurança Pública estadual pode se relacionar com a menor valorização financeira de investimentos.

Nesse sentido, ressalta-se que a maioria dos profissionais de baixa renda apresenta menores patentes das instituições: são os soldados e cabos da PMCE/CBMCE, os escrivães e os inspetores de Polícia Civil. Com a valorização imobiliária na cidade de Fortaleza e região metropolitana, os mencionados profissionais são impulsionados a morar em regiões periféricas ou em cidades da região metropolitana, muitas vezes em zonas pobres, onde a presença estatal se encontra mais enfraquecida.

Nessa alusão, percebe-se que muitas vezes, a classe de baixas patentes e cargos da Segurança Pública mora ao lado de populações marginalizadas, tendo que conviver com situações de violência onde o apoio institucional dos órgãos vinculados de Segurança Pública demora a chegar em casos de ocorrências.

Na verdade, muitos desses profissionais se encontram marginalizados devido ao baixo ganho salarial. Isso não vale para todos os profissionais, mas pode valer para muitos (LOURINHO; PAULINO, 2014). O que se presencia em nível de Brasil é o cerceamento de zonas de moradia, como crescimento de condomínios fechados, com câmeras de segurança, portões automáticos, cães de guarda, cercas elétricas e vigilância privada.

Por outro lado, morar em zonas das periferias das cidades brasileiras e/ou em suas regiões metropolitanas, onde o aparelhamento do estado é mais escasso e até sucateado, propicia cenários de violência, de acordo com a “teoria das janelas quebradas”, que indica que o ser humano, ao se confrontar com um ambiente deteriorado, tende a também exercer a violência contra o patrimônio que, por sua vez, enseja a violência contra pessoas. Portanto, a



urbanização equilibrada se mostra essencial para obtenção de segurança (OLIVEIRA, 2014; GABER; WRIGHT, 2016).

Em virtude disso, muitos estão pagando por uma segurança privada, já que não se sentem seguros com a Segurança Pública. Dessa forma, existem grupos empresariais lucrando muito com a insegurança e com a sensação de insegurança da população. Nessa situação, ressalta-se que os profissionais de Segurança Pública têm também direito à sua proteção individual e a de sua família. Concordando com essa ideia, Adorno e Minayo (2013, p.590) expressam “É importante assinalar também que como cidadãos e trabalhadores os policiais têm direito a sua segurança pessoal”.

Em relação à saúde, em até pouco tempo, os militares da PMCE e CBMCE não tinham direito ao cartão e, conseqüentemente, aos serviços do Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará - ISSEC (Eis uma inequívoca discriminação contra essa classe). Depois eles foram aceitos pelo ISSEC e o número de conveniados aumentou ao todo em 50% (ISSEC, 2010).

Em seguida, com o aumento dos servidores, vislumbrou-se um colapso do sistema, quando sem atendimento “reclamadores” ocuparam o prédio do setor de saúde dessa instituição (O POVO, 2015). Entrementes, o hospital da polícia militar (HPM) foi retirado do comando dos militares e tornado hospital público comum e todos os militares e familiares tiveram que recorrer aos hospitais conveniados ao ISSEC.

No Rio de Janeiro, mostrando que essas ações no Ceará foram realizadas na contramão do que deveria ser benéfico para a saúde dos profissionais de Segurança Pública, BORGES (2013, p. 679) relata um dos projetos para os policiais da PMERJ “Essa diretoria possui hoje três importantes projetos em andamento: I. A construção de um novo Hospital Central da Polícia Militar que vai dobrar a capacidade instalada de leitos hospitalares...”.

Em Minas Gerais, verificou-se existência de um HPM e do Hospital Espírita André Luiz (HEAL), com o qual a Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) mantém convênio de saúde para atendimento aos policiais que apresentam quadro de doenças psiquiátricas (GISCHEWSKI, 2004).

O HPM do Ceará foi despersonalizado para os serviços aos policiais militares, mas criou-se esperança que o ISSEC pudesse atender melhor e com mais qualidade a essa classe. Entretanto, o que aparentemente foi visto como um conquista se transformou em reclamação, quando em torno de 20.000 profissionais de Segurança Pública do Estado passaram a ter o direito ao ISSEC, sobrecarregando a capacidade de serviço do referido instituto.

Em virtude disso, o agendamento tornou-se mais difícil, bem como em alguns setores houve escassez de materiais e remédios. As dificuldades vividas pelo SUS reverberam também no ISSEC, muito embora o ISSEC seja conveniado a alguns hospitais particulares.

Os corredores lotados do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e do Instituto Doutor José Frota - IJF são provas vivas dessas dificuldades para o Estado do Ceará. Muitos bombeiros diariamente conduzem ou escoltam ambulâncias a esses hospitais e, portanto, conhecem de perto a realidade em virtude do próprio trabalho na saúde pública. Outros tiveram que ser internados em tais hospitais, vivendo essas dificuldades por eles mesmos. (O POVO, 2015).

Por fim, observa-se que em relação à educação, à saúde e à segurança, os profissionais da SSPDS estão no afã de preservar e proteger as suas vidas e a vida de seus familiares, predispostos a pagar serviços extras para obtenção de direitos que deveriam ser gratuitos. A motivação para isso chega a ser maior ainda do que para muitas pessoas de outros ramos trabalhistas, pois o profissional de Segurança Pública se vê mais vulnerável em contato com a criminalidade vigente no Estado e no país.

A baixa renda salarial, portanto, apresenta-se como fator de risco relevante no estudo do fenômeno de tentativa de suicídio e de suicídio praticados por profissionais de segurança pública, pois as dificuldades para se conseguir o “piso vital mínimo”, fazem com que muitos profissionais, principalmente os policiais, procurem fazer o conhecido “bico”, ou seja, prestar serviços extras na segurança privada, para a complementação de renda.

No Brasil, a má distribuição de riqueza é notável e não se torna diferente para os servidores públicos. Através do sítio eletrônico Portal da Transparência do Estado do Ceará, existe acesso livre para informações acerca dos salários vigentes para os membros do judiciário, do executivo e do legislativo que podem ser consultados. Evidencia-se, portanto, as disparidades e a má distribuição de riquezas pelas diferenças remuneratórias observadas, já que para professores, por exemplo, não se paga o piso nacional e para membros do judiciário, os valores podem passar do teto constitucional.

Dentro da própria Segurança Pública, os salários são bem divergentes de instituição para instituição, o que pode ser facilmente constatado pelo Portal da Transparência, gerando conflito de opinião que às vezes reverbera nas relações de trabalhos internos, entre as 04 instituições estaduais vinculadas da Segurança Pública, e para com o público externo.

Em relação a estar desempregado, entende-se um fator de risco nessa situação (QUARTILHO, 2014) para a população em geral. Por extensão, observou-se que a má

remuneração, gerando dificuldade de acesso a recursos básicos para uma vida saudável, pode também desencadear processos depressivos, e a depressão é fortemente associada aos suicídios (SOUZA, 2012).

### **10.9 Instituições de Segurança Pública**

Certamente, o fato de um indivíduo ser servidor público da Polícia Militar, Polícia Civil, Bombeiros ou Perícia Forense implica em diferenças de trabalhos executados dentro da Segurança Pública.

Assim, antes de se discorrer sobre essas diferenças e de como elas poderiam afetar a sanidade mental e/ou física dos profissionais, é necessário falar sobre o tamanho de suas populações.

Nessa busca, calculou-se a proporção do efetivo total da Segurança Pública no último ano de 2014. De acordo com a tabela 3, que apresentam os mencionados efetivos de cada órgão vinculado, observa-se que a PMCE representa 74,81% de todo o efetivo da SSPDS, a PCCE representa 14,02%, o CBMCE 9,50% e a PEFOCE somente 1,67%.

Assim, notou-se que o efetivo da SSPDS é eminentemente formado por policiais militares. Somando-se à percentagem do Corpo de Bombeiros, pode-se dizer que 84,31% da Segurança Pública cearense é militarizada, a saber, quase sua totalidade de efetivo.

Ao se observarem as tentativas de suicídio por instituição, a PMCE representou a fatia de 99 (92,52%) indivíduos que tentaram suicídio, enquanto CBMCE e PCCE 3,74% cada uma, empatados, com 4 cada instituição, enquanto a minúscula PEFOCE (em relação ao efetivo geral da SSPDS) não apresentou casos (Tabela 23). Vale ressaltar que esses números tratam do número de servidores que tentaram o suicídio, mas por ocasião do cálculo das taxas de suicídio, foram levadas em conta todas as tentativas cometidas pelos indivíduos, já que uma só pessoa pode ter sido responsável, por exemplo, por 03 tentativas, devendo-se acrescentar o determinado valor nos cálculos.

Dessa forma, proporcionalmente, nada mais esperado do que a PMCE apresentar maiores números de tentativas, uma vez que sua população é predominante na SSPDS, apesar de o núcleo biopsicossocial da Polícia Militar estar ativo e ser atuante.

Igualmente a Polícia Civil com um núcleo de apoio biopsicossocial ativo e atuante. Na realidade, tais núcleos fazem parte do organograma das instituições policiais, mas no Corpo de Bombeiros o núcleo biopsicossocial é vinculado à caixa beneficente do Corpo de

Bombeiros, órgão externo de apoio que oferece atendimento psicológico, odontológico e serviço de seguro de vida, de acidentes e de funeral.

Na PEFOCE, provavelmente em virtude do número de servidores, já que esse órgão vinculado representa o efetivo de menos de 02% do total da SSPDS, o setor biopsicossocial não é estruturado como nos outros, não há psicólogos ou psiquiatras, de onde constatou-se que de fato não há um setor biopsicossocial na PEFOCE.

As proporções populacionais dos efetivos, bem como a estruturação dos setores biopsicossociais, inclusive o número de psicólogos atendentes, PMCE (05 psicólogos na capital e RMF), PCCE (05 psicólogos), CBMCE (01 psicóloga) e PEFOCE (nenhum psicólogo) apontam para uma tendência de que fossem encontrados mais casos de tentativas na PMCE do que nas demais instituições, o que aconteceu na realidade, indicando também um viés de seleção.

Todavia, não se pode deixar de enxergar que é a Polícia Militar a responsável pela Segurança Pública ostensivamente nas ruas. É a polícia militar que tem homens a pé ou em viaturas, ou a cavalo, preventiva e ostensivamente policiando as ruas das cidades. É a PMCE a única instituição das 04 vinculadas que possui pelo menos um posto de alocação nas 184 cidades do Estado do Ceará

Enfim, é a PMCE, na prática, que se vê na sociedade, na cidade de Fortaleza e nas demais localidades do Estado cearense - corporificada em seus servidores legais: os policiais, os quais não passam de seres humanos fardados e teoricamente preparados para o inevitável confronto com as forças de conflito social.

É a PMCE que realiza o primeiro embate com a violência urbana, que parte para o “corpo a corpo” e que, nos dizeres do CEL Ibis, da PMERJ, “...tem sido destinado a um imenso bloco de gelo”, que exige que se enxugue rapidamente para que não molhe ou suje o ambiente, mas que simultaneamente não para de derreter e dar trabalho e retrabalho incessante” (IBIS in: MIRANDA *et al.*, 2016).

Trabalho de “Sísifo” (LIMA, 2016), incessante e, às vezes, frustrante, uma vez que as cadeias de presídios e de delegacias que são superlotadas de presos (FREIRE; CAMELO PARENTE, 2014) fazem com que as audiências de custódia ensejem a liberação de indivíduos de diversas qualificações criminais, inclusive os homicidas, face à também superpopulação carcerária que custa milhões anualmente para o Estado brasileiro (LIMA, 2015).

Destarte, existe uma sensação de impotência diante do que parece ser impossível e, provavelmente é, uma vez que a cessação da violência e da criminalidade não apresenta um

fim comprovado mesmo quando a repressão é severa por parte do Estado, sendo nosso sistema carcerário falho (FRERE, CAMELO PARENTE, 2014). Segundo Lima (2016, p. 57), “a população de presos provisórios em delegacias, em abril de 2012, foi 6.499 de um total de 17.381”, e, calculando-se a porcentagem, encontra-se a expressiva marca de 37,39%.

Nessa situação que se apresenta caótica, pelos diversos fatores supracitados, mormente para uma capital com 2,7 milhões de habitantes nada mais plausível do que se encontrar na PMCE o maior número de casos de tentativas de suicídio.

A condição de policial militar do Ceará mostra-se associada às tentativas de suicídio e suicídio consumado (MOURA, 2015). Porém, para este trabalho, não foi encontrado um cálculo estatístico significativo para a variável instituição Polícia Militar nas associações para múltiplas tentativas e suicídios consumados.

Entretanto, entendeu-se que a frequência preponderante 99 (92,52%) (Tabela 23) entre todos os casos de tentativas dá por si só significância ao fato de, caso seja o profissional de Segurança Pública da categoria policial militar, ele estará em maior risco de atentar contra sua própria vida, face às demais instituições vinculadas da SSPDS.

No ensejo, passa-se a discutir a polícia investigativa, comumente conhecida como Polícia Civil, frente aos resultados encontrados. A taxa de tentativas da PMCE no quinquênio (2010-2014) foi de 209/100.000. Já a taxa da PCCE foi de 69,64/100.000. A taxa das tentativas de suicídio da PMCE foi aproximadamente o triplo da taxa da PCCE. O CBMCE apresentou taxa do período (2010-2014) de 41,19/100.000 (tabela 26).

Ressalta-se que, em termos de estresse, esgotamento e perigo de morte, a Polícia Civil também está em grande proximidade com a própria Polícia Militar (MINAYO, 2011).

Já o Corpo de Bombeiros é considerado a instituição amiga. Incumbida em sua missão institucional de salvar pessoas e bens, os militares da instituição passam por um fator compensador no trabalho: a gratidão da população.

Observe-se o exemplo: um bombeiro salva uma pessoa de uma situação de perigo, seja afogamento, incêndio, parada cardíaca ou de outra forma. Os familiares, os amigos e terceiros, desconhecidos que sejam, alegram-se no salvamento.

Porém, o policial ao prender um indivíduo, por mais criminoso que ele possa ser comprovadamente, terão os familiares e amigos e/ou pessoas dependentes desse indivíduo preso a reclamar sobre a prisão ou, no mínimo, a lamentar o fato. Os policiais, de uma forma ou de outra, irão desagradar a alguns. Como se diz no adágio popular “a polícia de longe faz falta, mas de perto incomoda”.

Assim, o bombeiro militar vive situação diferenciada na Segurança Pública no que tange à imagem social, pois a ele não compete prender, mas salvar pessoas e bens materiais. Por outro lado, Bruck (2007) assevera que bombeiros e outros profissionais de emergência são vítimas em terceiro grau, em virtude da exposição à violência e ao sofrimento de outros seres humanos.

No mais, as sentinelas bombeiros militares que tomam conta de quartéis utilizam armas de fogo e, dessa forma, representam a Segurança Pública. Um quartel do Corpo de Bombeiros, ao menos, permite aos cidadãos das circunvizinhanças a relevante sensação de segurança. Todavia, vale a pena ressaltar que, em contato com casos de tentativas de suicídio e exposição à morte, estudo indica que os bombeiros são também afetados por ideias suicidas (KIMBREL *et al.*, 2016).

Além disso, bombeiros, bem como os demais profissionais de Segurança Pública, sofrem sérias privações do sono nos trabalhos noturnos. Conforme pesquisa sobre privação do sono em soldados militares, a má qualidade do descanso noturno mostrou-se associada a episódios depressivos (HOM *et al.*, 2016), por sua vez a depressão é associada a casos de suicídio e tentativas de suicídio.

Por fim, comenta-se sobre a PEFOCE. Instituição com zero ocorrência de suicídio e zero ocorrência de tentativas de suicídio. Levando-se em consideração ao seu mínimo efetivo em comparação com as outras instituições, os profissionais de segurança da PEFOCE formam um subgrupo que parece estar à parte das dificuldades dos profissionais de Segurança Pública do Estado do Ceará.

Ao contrário, são os médicos legistas, os peritos forenses, os ajudantes do “rabeção” – viatura responsável por carregar os cadáveres de mortes violentas (acidentes, homicídios e suicídios) e os ajudantes de necropsia vítimas em potencial da violência, tais quais os bombeiros (BRUCK, 2007). Estão trabalhando conjuntamente e lidam com a morte e com o luto como os demais profissionais, talvez, ainda mais, porque são os responsáveis pelas ações que vão tentar determinar uma causa de morte.

Segundo Martens *et al.*, (2016), em um estudo com médicos e enfermeiras, 73% dos entrevistados declararam ter sofrido um evento adverso durante a carreira. Para 64% desses, o evento com maior impacto foi o suicídio de pacientes e/ou outras pessoas da sua esfera de trabalho.

Nessa árdua missão, estão os profissionais das forças de segurança, como os que atuam na PEFOCE, em contato direto com forças associadas aos quadros de depressão e de outras doenças mentais (PEIXOTE; SARAIVA; SANTOS, 2014). A morte em si é fatalidade

cotidiana para eles, ainda mais do que para os policiais militares, uma vez que a PEFOCE é um funil por onde os mortos da violência deverão passar, por força de lei.

E se um colega de trabalho sofrer morte violenta ou suicídio? Obviamente, os próprios colegas de trabalho realizarão os procedimentos de necropsia e investigação de seu “ex-companheiro de função”. Imagina-se o impacto emocional e psicológico que uma obrigação trabalhista dessa natureza pode trazer.

Em 15 anos, ocorreram no Estado do Ceará, de acordo com o banco de dados da PEFOCE, 75.850 mortes violentas. Retirando-se os anos bissextos, 15 anos possuem  $15 \times 365 = 5.475$  dias. Dividindo-se o número de mortes pelo número de dias referentes ao período total desta pesquisa, não somente no período de tentativas, mas no período total o que inclui o estudo sobre suicídios, tem-se que a cada dia ocorreram 13,85 mortes. Tal relação revela que dificilmente os profissionais da PEFOCE passarão um período de 24h sem atender diretamente uma ocorrência de morte violenta.

Ressalta-se que todas as mortes violentas deverão passar pelos serviços de investigação da PEFOCE. As mortes naturais se destinam a atuação do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), 24h, (SÁ; OLIVEIRA, 2014). O responsável pelo serviço poderá encaminhar um cadáver que tenha morte suspeita de violência, como um envenenamento, por exemplo, que pode aparentar morte natural sem o ser.

O centro da perícia forense foi reformado e modernizado. Todavia, estudo sobre estudantes em sala de dissecação mostraram que o cheiro e a irritação ocular são condições estressantes (MULU; TEGABU, 2012). Além disso, muitos dos odores sentidos pelos profissionais chegam a se impregnar nas roupas e até mesmo nos pulmões.

Nesses casos, policiais militares, policiais civis e bombeiros também poderão estar expostos a tais situações. O “cheiro da morte”, por assim dizer, pode acompanhar o profissional de Segurança Pública até depois do trabalho, estando com ele em casa, com sua família, durante o seu descanso. Algumas roupas chegam a ficar inutilizáveis, dependendo do estado de putrefação do cadáver cujo profissional de Segurança Pública foi obrigado a entrar em contato.

A imagem da morte, as ideias da morte, o cheiro da morte e conversas sobre a morte permeiam o dia a dia desses trabalhadores e, por conseguinte, torna-se claro, que ideias de suicídio e autoextermínio possam pulular tais consciências (PEIXOTO; SARAIVA; SANTOS; 2014), por vezes fazendo sucumbir tais profissionais em adoecimentos físicos e mentais, por vezes, a depressão, o alcoolismo e a ideação suicida (VIOLANTI, 1995).

Conforme relata (DAPIEVE, p.166), “...os médicos não tem com ela uma relação fácil só porque a testemunham todos os dias. A morte de cada paciente é sentida pela classe como um fracasso profissional...”.

Em suma, concorda-se que nenhuma das 04 vinculadas que constituem a Segurança Pública está imune ao quadro geral relacionado ao trabalho em segurança que pode fazer suscitar ideias suicidas, tentativas de suicídios e suicídios consumados.

Ainda, como previsto em projeto de pesquisa, calculou-se a taxa média para toda a secretaria de segurança, resultando no valor de 170,4/ 100.000 (Tabela 25) taxa menor do que o próprio valor do período para a PMCE que foi de 209/100.000 (Tabela 26). Conclui-se, então, que o grande responsável pela força das taxas é a Polícia Militar do Estado do Ceará. O que comprovou uma das hipóteses desta dissertação.

Porém, não só de dificuldades vive a Segurança Pública. O século XX e XXI trouxe inovações ao mundo (HOBBSAWN, 2008) e, conseqüentemente, às instituições de segurança do Estado do Ceará. Por mais que se entenda que cada vinculada tinha um importante status de secretaria, exceção à recém-criada PEFOCE, a união de todas as vinculadas sob a égide da Secretária de Segurança Pública e Defesa Social, no ano de 1997 (NASCIMENTO, 2014, p. 205) trouxe a integração para os trabalhos conjuntos de proteção à sociedade.

Em termos de modernização, ressalta-se que no CBMCE, por exemplo, só existiam escadas acopladas a caminhões de combate a incêndio, mas atualmente, existem plataformas computadorizadas, com cestas e capacidade de se jogar água por meio de tubulações interconectadas na própria escada. Roupas de proteção de incêndio que eram antes compartilhadas foram individualizadas, bem como capacetes de mesma qualidade e de fabricação internacional são, agora, utilizados pelos combatentes do fogo (NASCIMENTO, 2014).

Na atividade de prevenção de incêndio do CBMCE, foi implantado o SCAT (Sistema da Coordenadoria de Atividades Técnicas), possibilitando o registro virtual dos processos de liberação dos projetos de incêndio e pânico que devem ser apresentados e executados como segurança contra incêndio em casas de show, indústrias, locais de reuniões de público e outras edificações previstas em lei (CBMCE, 2016).

Na polícia militar, existe hoje o uso de armas elétricas, os tasers, utilizadas depois de impasse burocrático, agora, colaborando na preservação da vida na atividade policial, (LIMA, 2009) e não somente armas para uso de balas de borracha, possibilitando ações não letais ou de grande redução de risco, contribuindo para a diminuição do estresse do



profissional que deve reprimir uma manifestação violenta, por exemplo, sem ferir alguém mortalmente.

Do ponto de vista da saúde mental, foi instalada a ampliação do serviço de equoterapia (terapia com cavalos), que funciona junto ao batalhão de polícia montada e atende não somente aos familiares de policiais, mas também crianças oriundas da população, mormente aquelas com autismo ou outro tipo de necessidades especiais. (CEARÁ, 2015b).

Projeto semelhante é o de cinoterapia (terapia com cães) promovido pelo Corpo de Bombeiros em atendimento a pessoas também com necessidades especiais. (CEARÁ, 2013).

Na PMCE, antes, só existia policiamento a pé, a cavalo e em carros motorizados. Mas hoje existe a coordenadoria de operações aéreas (CIOPAER) funcionando com profissionais das instituições vinculadas de Segurança Pública. Algumas aeronaves contando com câmeras de infravermelho importadas da Alemanha para visualização durante a noite.

Na sede da SSPSDS, no ano de 2014, foi inaugurado o Centro Integrado de Comando e Controle Regional (CICCR) com telão que projeta as imagens de inúmeras câmeras espalhadas por Fortaleza, com o fito de ajudar no combate ao crime e em ocorrências de bombeiro e outros grandes eventos (CEARÁ, 2014a). Ainda hoje em uso, é um dos legados da Copa de Mundo, uma vez que foi adquirido prioritariamente para o gerenciamento dos jogos internacionais.

Na Polícia Civil, a policia investigava, os inquéritos policiais antigos (muitos deles até registrados em máquinas de datilografia) que estão sendo gradativamente virtualizados (digitalizados) para facilitar o acesso à informação e evitar a destruição por decomposição natural, traças e/ou incêndios, bem como foi implantado o SIP3W (Sistema de Informações Policiais), uma criação da própria coordenadoria de tecnologia de informação e comunicação(CTIC) cearense, que é registrado diretamente em computadores e pode ser visualizado em diversos pontos do Estado do Ceará, através da rede mundial de computadores (CEARÁ, 2014b).

Ainda, na PCCE foi criado o laboratório de lavagem de dinheiro, para investigar crimes financeiros, bem como muitas delegacias cujo aspecto era algo que pudesse ser determinado como “tem condições precárias” foram modernizadas e/ou reconstruídas. (CEARÁ, 2015a)

Todavia, várias outras devem passar por essa transformação ainda. Dessa forma, cita-se outra vez, a “teoria das janelas quebradas”: um ambiente limpo, preservado e organizado contribuirá para a manutenção harmônica das relações humanas, para a

valorização do policial por sua instituição e afetará positivamente a Segurança Pública (OLIVEIRA, 2014).

Na Perícia Forense, instituição mais nova da Segurança Pública, sendo egressa do setor de Medicina Legal da Polícia Civil e criada pela Lei 14.055/08, o sistema de necropsia foi totalmente modernizado, bem como a análise laboratorial do campo de criminalística, identificação humana por impressão computadorizada, cibernética, exames balísticos, raio-X, intensificador de imagens, entre outros. Quem visitar as instalações da PEFOCE hoje, dificilmente se lembrará do sombrio prédio do antigo Instituto Médico Legal (IML), a não ser pelo seu formato curvo que continua prevalecendo, mesmo após a reforma.

Portanto, o que se aduz dos resultados é que as instituições de Segurança Pública cearense se modernizaram, obviamente, concorrendo para o bem-estar de seus profissionais. Tal observação sobre a referida “sofisticação” é contraponto necessário ao amadurecimento da discussão.

Nesse sentido, é válida a crítica de que não somente em materiais deve investir o gestor de Segurança Pública. Exemplo disso foram as críticas ao programa Ronda do Quarteirão que culminaram, entre 2011 e 2012, com a greve da Polícia Militar que foi acompanhada pelo Corpo de Bombeiros Militares, na busca de melhores salários e condições de trabalho. Greve essa impulsionada por outras greves em diversos estados do Brasil e, por sua vez, propagando-se para outros estados como Rio de Janeiro e Bahia, em verdadeiro mimetismo social (ARAÚJO, 2013).

Em suma, o fundamental resumo de crítica pós-greve foi: “é mais valoroso investir no homem do que investir nas máquinas”. A greve 2011/2012 PMCE/CBMCE que inclusive foi seguida por uma greve da PCCE foi um duro golpe ao programa Ronda do Quarteirão, principal estratégia de governo naquele período, no âmbito da Segurança Pública.

Diante disso, entende-se que provavelmente porque muitos dos novos soldados, profissionais com mais acesso à educação de nível superior e criados em uma nova geração cultural e intelectual, foram isolados do convívio e do pensamento dos policiais mais antigos (de acordo com as diretrizes do programa Ronda do Quarteirão), eles se tornaram menos afetados pelo rigor do militarismo, rebelando-se e fazendo parte da grande massa dos militares do movimento grevista. Em Araújo (2013, p.46), sobre a greve da PMCE “...Foi a própria criação indo de encontro ao criador”.

Nessa argumentação, indaga-se: a greve 2011/2012 teve relação com os números de suicídios e tentativas de suicídios da Segurança Pública?

Dessa forma, caso essa relação de causalidade fosse verdadeira, o normal seria que o número de suicídios e tentativas de suicídios tivesse um ápice no ano de 2012 e/ou 2011, no pré-greve, porém não foi isso o registrado. Em relação aos suicídios, o ano de 2011 apresentou 07 casos, enquanto 2012 apenas 01 caso e em 2013 08 casos, a saber, 2012 esteve no meio dos dois maiores ápices de suicídio da série histórica.

Ao contrário, em relação às tentativas, o ano de 2012 apresentou 53 casos de tentativas de suicídios entre profissionais de segurança pública, que foi o número mais alto do quinquênio 2010-2014.

Assim, o que se deve dizer cientificamente sobre esses resultados, frente à supracitada pergunta? Entende-se que não é possível afirmar que a greve da segurança pública afetou os números de tentativas e suicídios no período.

Uma via plausível para tanto, seria um estudo mais aprofundado como a autópsia psicológica em relação aos casos, a fim de determinar as reais causas de cada suicídio e tentativa, o que foge dos objetivos deste trabalho.

#### **10.10 Patente, posto ou título institucional**

Essa variável indicou um resultado semelhante aos resultados de pesquisa na PMERJ (MIRANDA *et al*, 2016), indicando que em instituições militares há predominância de praças aos casos de tentativas de suicídio e suicídio. Na classe de praças ficam as patentes mais baixas como soldados, cabos e sargentos.

O mesmo se deu neste estudo, em relação à PMCE e CBMCE, na ala militar da SSPDS, essas três patentes foram responsáveis por 94 (87,85%) casos de tentativas (Tabela 23). Na Polícia Civil todos os casos foram de inspetores e escrivães. Não houve casos registrados na PEFOCE.

Entre os casos de tentativas, apenas um militar oficial 01 (0,93%) de patente intermediária, capitão (Tabela 23). Em relação às associações, não houve significância estatística, mas a distribuição de frequência é contundente quanto ao perfil dos profissionais que atentam contra a própria vida. Não somente no militar, mas também na PCCE, cujos títulos institucionais dos que tentaram suicídio, foram todos da base hierárquica.

A respeito dessa predominante distribuição de frequência para o presente estudo, entende-se que uma possível justificativa para ausência de casos notificados de tentativas de suicídio entre os que exercem cargos de comando (delegados e oficiais, por exemplo) seja o fato de que as menores patentes sofrem a maior pressão no trabalho, em razão de que existe

uma somação de efeitos sobre o profissional, oriunda da própria constituição hierárquica dos policiais. Soldados recebem ordens de cabos, sargentos e demais patentes. Já os cabos receberem ordens dos sargentos e, assim sucessivamente, até chegar à última patente.

Por outro lado, é dedução plausível que, quanto maior a posição hierárquica, maior o tempo e qualificação profissional na segurança pública, com exemplo do curso de formação de oficiais (SÁ, 2002). Ainda, como os salários das mais altas posições hierárquicas são maiores, em casos de adoecimento mental e/ou físico, esses profissionais recorrerão ao serviço particular e/ou aos planos de saúde. Pontes (2007), em estudo sobre suicídio e trabalho na RMF, encontrou maior número de suicídios em trabalhadores pouco qualificados.

Assim, como a amostra de tentativas de suicídio partiu eminentemente dos setores biopsicossociais das instituições de segurança pública, percebe-se um viés de seleção. Ainda, na PMCE, onde se registrou a maior taxa de tentativas, o militarismo preconiza uma divisão de classes estratificadas pelas patentes hierárquicas onde existe uma forte separação entre oficiais (aquele de patentes de tenente acima, a saber, capitães, majores, tenentes-coronéis e coronéis) e os praças, de patente inferior hierarquicamente ao tenente (aspirante-a-oficial, cadete, subtenente, sargento, cabo, soldados e recrutas) (SÁ, 2002).

Vale ressaltar que a figura do recruta - militar em fase inicial de aprendizado para ser soldado - está extinta momentaneamente na segurança estadual. Tal extinção acontece porque o novo sistema de recrutamento se dá por cursos onde o candidato aprovado tem toda a preparação militar sem ter sido incluído nas fileiras das corporações.

O ato nomeação e, por consequência, a assunção do posto de militar, só acontece atualmente depois de terminadas as fases de treinamentos, testes físicos, intelectuais, psicológicos, toxicológicos, médicos e do curso de formação. Idem para a formação do policial civil, bem como agentes e peritos forenses.

Dentro da PEFOCE, um subgrupo da amostra chama atenção pela ausência de casos. São os médicos legistas que são por eles mesmos formam uma parcela vulnerável da população (MARTENS *et al.*, 2016) e que, quando se tornam profissionais de segurança pública, aumentam seus fatores de risco e potencializam a possibilidade de tentativas de suicídio. Por mais que seja pequena essa amostra populacional do estudo, há estranhamento de que não se tenha encontrado qualquer caso de tentativa de suicídio nesses profissionais de saúde-segurança.

Na tentativa de explicação dessa aparente intangibilidade relacionada ao suicídio, entende-se que essa categoria de profissionais exerce na PEFOCE função similar à dos oficiais da PMCE e do CBMCE e dos delegados da PCCE, a saber, são os médicos classe no

topo da escala hierárquica em sua instituição de segurança pública e por razões semelhantes podem procurar serviços especializados fora do ISSEC e dos setores biopsicossociais das instituições.

Mais ainda, a rede e as conexões de trabalho eminentemente voltadas para a saúde facilitam ao extremo o acesso desses médicos a tais serviços privados da área de saúde física ou mental, tornando de difícil acesso o registro de um caso de tentativa de suicídio por parte desses profissionais.

Nesse sentido, ressalta-se que a junta médica responsável pelas licenças de tratamento de saúde da segurança pública do Estado, conta com um único psiquiatra que não está destinado a tratar os profissionais de segurança pública, mas periciá-los, simplesmente. Mesmo que a função fosse de tratamento, tornar-se-ia impossível a tarefa, frente à demanda (FREITAS, 2016).

Exemplo disso foi a notícia veiculada em jornal de grande circulação do Estado do Ceará, no mês de maio deste ano, no qual relata a confirmação dessa informação, no período coincidente com a pesquisa das tentativas de suicídio deste estudo, 2010-2014, houve em média 5.047 licenças de saúde (FREITAS, 2016). Esse quantitativo, caso as licenças fossem apresentadas de uma só vez, representaria praticamente, 25% do efetivo de profissionais de segurança pública do Estado do Ceará.

### **10. 11 Lotação de trabalho**

A referida variável apresentou distribuição bem regular entre os profissionais de diferentes lotações de trabalho na segurança pública. Nesta discussão, não deve haver a confusão de local de tentativa e local de trabalho do profissional que tentou suicídio. A variável tenta registrar se houve acúmulo de profissionais de um mesmo local de trabalho na segurança pública, e não locais onde ocorreram as tentativas.

O objetivo da inclusão da variável supracitada no instrumento de coleta foi o de observar-se a ocorrência de suicídio por imitação ou alguma concentração de suicídios em determinado local de trabalho.

Assim, a maioria de 91 (85%) (Tabela 29) das tentativas ocorreu somente uma única vez em determinado local de trabalho na segurança pública. Somente três locais tiveram repetições, com ênfase para o batalhão de turismo da PMCE com 08 (7,50%) (Tabela 23) profissionais tendo tentado o suicídio. Nos cálculos de associação, não houve significância

estatística. Estudo sobre a PMERJ coincidiu no “espalhamento” de casos pelos quartéis (MIRANDA *et al.*, 2016).

Uma possível explicação para esses 08 policiais serem do batalhão de turismo é o fato de o BPTUR cobrir toda a área de zona litorânea do Estado do Ceará, a saber, 573km, 7,8% de todo o litoral brasileiro, implicando em um grupamento de proporções bem acima de outros batalhões policiais. Em suma, nota-se que as tentativas foram bastante espalhadas entre os batalhões.

## 10. 12 Tipo de Trabalho

A variável tipo de trabalho tentou mensurar sua relação com os referidos desfechos. No tocante à distribuição de frequência, 74 (69,16%) (tabela 23) foi o quantitativo de profissionais que tentaram o suicídio e estavam no serviço operacional.

O serviço operacional apresenta o risco de maior exposição à violência, qual seja a violência das ruas, a violência urbana propriamente dita. Exige mais da parte física e do emocional no sentido de ter o profissional de segurança que lidar com o público, que muitas vezes se mostra hostil ao trabalho policial (ARAÚJO, 2013).

No caso dos bombeiros, apesar de difícil acontecer, alguns chamados da atividade operacional são para socorrer vítimas que pertencem a grupos rivais de tráfico, e ao chegar aos locais de ocorrência, ambulâncias ou carros de salvamentos são apedrejados, no afã de evitar que se salve a vida de “inimigos”.

Para a perícia forense, juntar os corpos em estado de putrefação, às vezes com membros despedaçados, suportando os odores e imagens impactantes, produz um nível alto de estresse. Exemplo disso é a obrigação de fotografar e recolher os corpos de detentos mortos em rebeliões de presídios. Operação, aliás, que envolve PMCE, CBMCE (quando os bombeiros usualmente apagam incêndios em colchões), Perícia Forense e a polícia investigativa, Polícia Civil aliada ao trabalho dos agentes prisionais.

O serviço administrativo, nomeado aqui de “burocrático”, apresenta níveis de estresse dos ambientes fechados dos escritórios, tais como os de bancos, condição de trabalho onde há falta de atividade física ou diminuição dessa atividade, assim, enseja a lesão por esforço repetitivo (ler) no manuseio de computadores, a má postura por má educação funcional do servidor ou por cadeiras inadequadas para diversos tipos de tamanhos, sexo e/ou idades, podendo gerar também obesidade (SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2007). Não

muito raro, podem ser encontradas salas de trabalho da segurança pública onde não existem sequer janelas para ventilação ou alívio do ambiente.

Por outro lado, o profissional de serviço operacional, após a jornada de trabalho, geralmente está livre para ir para folga e não tem que ficar com uma preocupação mental constante a cerca de prazos e tarefas administrativas.

Todavia, existe, por exemplo, para a polícia a preocupação dos “inimigos” feitos durante o serviço ou mesmo da possibilidade de ser assaltado e os criminosos descobrirem que se trata de um policial. Em muitos estados do Brasil, profissionais de segurança pública andam com identidades civis para não serem descobertos e correrem o risco de serem mortos pelo simples fato de serem policiais.

Já o serviço misto, muito comum entre oficiais subalternos (tenentes) e intermediários (capitães), em tese, pode produzir um equilíbrio maior porque as concentrações de tensões possíveis nos dois tipos de serviço se encontrarão aliviadas pelo revezamento da natureza de trabalho. No contraponto, há quem defenda que em vez de alívio existe sobrecarga das tarefas e tensões, sendo o profissional exposto aos males encontrados nos dois tipos de ambientes laborais.

Por fim, registra-se que os cálculos estatísticos foram realizados para associação face a múltiplas tentativas, sem apresentar significância. Entre os 22 suicídios do período (2010-2014), somente um caso era lotado no BPTUR.

Contudo, concorda-se que, em virtude da predominante frequência de tentativas de suicídio entre os profissionais do serviço operacional, este tipo de trabalho apresenta maior possibilidade de contribuição para os cenários de tentativas de suicídio, dentro da seara de atuação da segurança pública estadual cearense.

### **10.13 Tempo de Trabalho na Segurança Pública**

A referida variável teve como objetivo aferição similar à variável sobre a idade, sendo esta de maior precisão, uma vez que, de fato, pode-se verificar o número de casos de tentativas de suicídio, frente ao maior ou menor tempo de serviço na corporação.

Quanto maior o número de casos em profissionais na fase de maior tempo de atividade na segurança pública poder-se-ia supor que o trabalho “policial e afins”, sobre a amostra coletada, seria um dos fatores de risco.

Ao se observar os resultados, a maioria dos casos 50 (46,73%) (Tabela 22) corrobora a tese levantada, mas a associação para múltiplas tentativas mostrou-se, na distribuição de casos, não significativa.

Já em relação aos suicídios, o profissional estar no tipo de serviço “reserva” ou aposentadoria foi significativo, p-valor = 0,000 e RR=6,120 IC 95% (3,328 – 11,288) (Tabela 32). O tempo de serviço prolongado na atividade de segurança pública pode ser considerado como um forte fator de risco para o suicídio.

Por outro lado, necessário é entender que idade avançada possa ser um fator de confundimento do referido resultado, uma vez que ser idoso é fator de risco para o suicídio, apesar de no Brasil os dados e pesquisas sobre o suicídio nessa categoria ainda não serem consistentes (PINTO; ASSIS; PIRES, 2012).

Todavia, diante da plausibilidade que se vislumbra na literatura científica e na condução deste estudo, bem como nos valores estatísticos robustos acerca da significância dos resultados e das taxas e frequências entre os profissionais, entende-se que o tempo de serviço prolongado na segurança pública, neste estudo, foi um fator de risco para o suicídio e, semelhantemente, para as tentativas de suicídio.

#### **10.14 Uso da Arma de fogo e/ou outro meio letal na tentativa de suicídio**

O uso da arma de fogo relacionado às tentativas de suicídio é um tema que causa polêmica no meio da segurança pública. Relatos de homicídios e suicídios são comuns por parte de profissionais de segurança pública, principalmente policiais.

Há quem defenda que os policiais militares não devem usar suas armas em casa, apenas pegá-las quando de serviço. Todavia, a magnitude da violência urbana, no Estado do Ceará e no Brasil, faz com que a sociedade civil deseje armar-se para se defender. O Ceará saiu de uma taxa de mortes por arma de fogo de 10,6/100000 para 36,7/100000 de 2002 a 2012, pulando da posição 20<sup>a</sup> para a 3<sup>a</sup> colocação nacional nessa modalidade de morte, mais que triplicando as taxas nesse período (WAISELFISZ, 2015).

Assim, o que se dizer dos profissionais de segurança pública que, inevitavelmente, podem morrer pelo simples fato de serem reconhecidos por criminosos, por ocasião de assaltos? É mais do que óbvio o desejo do policial de manter-se armado 24h por dia, em meio à guerra urbana homicida que se visualiza no Estado do Ceará.

Nesse sentido, privar o profissional de segurança pública do uso da arma é diminuir a sua defesa e a de outrem. Por outro lado, alega-se que a arma produz mais mal do



que bem, policiais conseguem evitar assaltos e até prender criminosos, mas outros são mortos ou gravemente feridos.

Alguns dos profissionais de segurança pública, inclusive bombeiros, ficaram paraplégicos em razão de lesão por tiro em reações a assaltos ou foram mortos. Há relatos até de policiais sofrendo assaltos cujo objeto de desejo do assaltante era tomar a arma do policial. Nesse caso, o que deveria intimidar um assalto passa a ser um motivador para que o policial sofra uma ação violenta.

Ainda, armas de “grosso calibre”, ditas armas pesadas, são apreendidas em Fortaleza, como a famosa AK 47 (OPOVO, 2016). Diante do princípio da proporcionalidade, as armas nem sempre em pé de igualdade, como no caso a maioria preponderante de pistolas, torna o policial cada vez mais vulnerável. Exemplo disso foi o helicóptero derrubado por uma bazuca no Rio de Janeiro (KONRAD, 2009).

Em relação aos suicídios, além de ser corroborado pela literatura científica como fator de risco, torna-se óbvio que a arma de fogo, meio altamente letal, torna as chances de consumação do autoextermínio muito maiores.

No entanto, como instrumento fundamental para o enfrentamento da violência, em curto prazo, em caráter reativo, concorda-se que a arma é necessária. A diminuição do uso da arma de fogo pela polícia é uma meta em longo.

Atualmente, o uso de tasers (pistolas elétricas), balas de borracha, gás lacrimogênio, entre outros meios, são exemplos de uso de armas que diminuem a letalidade. KROLL *et al.*, (2015) encontrou em estudo sobre armas elétricas, somente uma morte por causas cardíacas em 2.728 exposições. O manuseio dessas armas já utilizadas no Estado do Ceará demonstra mudança nas políticas públicas de repressão e controle social por parte da Polícia.

A distribuição de frequência dos profissionais que utilizavam a arma de fogo e tentaram o suicídio foi 60 (56,08%) e “utilizavam outra arma letal” foi de 08 (7,47%) (Tabela 23). A associação para múltiplas tentativas foi não significativa (Tabela 31), mas a arma de fogo para suicídios apresentou RR = 3,866 IC 95% (1,700-8,793) e p-valor = 0,000 estatisticamente significativos (Tabela 32).

A discussão de resultados mostra-se relevante para poder explicar os resultados de associação do estudo para a arma de fogo. Não houve associação entre usar arma de fogo e utilizá-la como instrumento de tentativa de suicídio. Para realizar múltiplas tentativas, mesmo em relação à frequência, o instrumento (meio) mais utilizado foi o uso de remédios controlados 45 (42,05%) (Tabela 24), mas a associação para usar arma de fogo e cometer

suicídio foi estatisticamente significativa, com um risco de quase quatro vezes, podendo encontrar-se de fato a um valor de quase 09 vezes, de acordo com o intervalo de confiança (Tabela 32).

Assim, entendendo-se que a arma de fogo é um meio altamente letal, o que se deve esperar na realidade é que uma pessoa que utilize a arma de fogo dificilmente escapará com vida para tentar uma próxima vez.

Já para o suicídio, como previsto na hipótese 03 desta dissertação, foi confirmado o maior número de suicídios com armas de fogo. Para o período de 2010-2014, que se dá a comparação de tentativas com sobreviventes e tentativas consumadas, a associação reforça a tese de que a arma de fogo, de fato, como também indica a literatura científica (SANTOS, 2014), é um robusto fator de risco na consumação do ato suicida.

### **10.15 Maus tratos na infância e violência sexual**

A maioria dos profissionais que apresentaram tentativa de suicídio sofreram maus tratos na infância, mas somente a minoria tinha prontuários com declarações de violência sexual. Ambas variáveis são fatores de risco para suicídio (QUEIRÓS, 2014).

Os maus tratos na infância eram esperados para uma frequência alta, porque o Brasil, culturalmente, assim como inúmeros outros países do mundo, maltratava, espancava, oprimia suas crianças e adolescentes (SOUSA, 2012). A própria cultura cristã, vertente religiosa predominante no país, no livro bíblico, apoia o “espancamento”, o castigo físico de crianças, como forma de educação (PAIXÃO; SOUSA, 2015). Quem viveu no século XX, dificilmente deve ter escapado aos castigos físicos e maus tratos em sua fase de infância e adolescência.

Somente com o advento do ECA (1990), o padrão de educação ganhou força para uma educação sem violência, por mais que se saiba que muitas crianças e adolescentes sofrem vários tipos de maus tratos, inclusive a violência sexual.

Em relação às associações, nem os maus tratos, nem a violência sexual foram significativas para múltiplas tentativas (Tabela 31). Em relação à associação para suicídio, o registro de suicídios da PEFOCE não apresentou dados da declaração de óbito para se obter tais informações, impossibilitando o cálculo.

A literatura científica (QUARTILHO, 2014), entretanto, indica as variáveis em discussão como sendo fatores de risco para o suicídio. Todavia, não se evidenciou para a população de profissionais estudada, como sendo fatores de risco.

### **10.16 Transtorno de personalidade, doença psiquiátricas, depressão e internamento em hospital psiquiátrico.**

As referidas variáveis em discussão também são interpretadas como fatores de risco para o suicídio. Neste estudo, entende-se que os transtornos de personalidade e doenças psiquiátricas são espécies do gênero “transtorno mental”.

Segundo a literatura científica (WHO, 2014c; ABP, 2014, Souza, 2012; Botega 2015), ter tentado suicídio uma vez pelo menos e apresentar doença mental são os principais fatores de risco para o suicídio. Segundo Botega (2015, p. 108), “... a depressão, o transtorno bipolar, a dependência do álcool ou outras drogas psicoativas, bem como a esquizofrenia e certos transtornos da personalidade [...] são as condições que mais predispõem ao suicídio”.

Assim, concordando com a literatura científica, o presente estudo encontrou significância estatística para a associação do transtorno de personalidade e múltiplas tentativas,  $p=0,010$  e  $RR= 2,669$   $IC95\%$  (1,064-6,698) (Tabela 31). A doença psiquiátrica foi não significativa na associação, mas o “internamento em hospital psiquiátrico”, que comprova o fator de risco da doença psiquiátrica, foi significativo com  $p=0,163$ ,  $RR 1,773$   $IC95\%$  (1,107-2,838) (Tabela 31).

Dos resultados apresentados, observa-se que o estudo realizado concorda com a literatura científica nacional e internacional, bem como reforça a necessidade de melhoria da saúde mental dos profissionais de segurança pública. Os fatores relacionados às profissões da segurança pública já citados nesta dissertação, tais como estresse e “TEPT” (transtorno do estresse pós-traumático) (FREIRE, 2013), exposição à violência, não reconhecimento pela sociedade (“aversão” da população), esgotamento físico (síndrome de bournout) (BRUCK, 2007), entre outros, são inerentes à atividade profissional e predispõem à ideação, tentativas e suicídio.

Na frequência de transtornos mentais, a depressão apareceu como mais presente 46 (42,99%), seguida pelo transtorno do humor 38 (35,51%), pela ansiedade 27 (25,23%) e pelo transtorno afetivo bipolar 22 (20,56%) (Tabela 24). Os transtornos da personalidade e as doenças mentais são fatores de risco para o suicídio. A prevalência no mundo é de 03% a 10% (GUERREIRO; RIBEIRO, 2014).

Neste estudo, a categoria de servidores com transtornos que tentou o suicídio teve frequência de 85,98%, mostrando-se como característica expressiva do perfil de profissionais de segurança que atentam contra a própria vida (Tabela 24).

Os resultados apresentados reforçam a necessidade urgente de intervenção diferenciada na saúde mental dos profissionais de segurança pública. É pertinente dizer que esses fatores estejam vinculados aos fatores estressores da profissão, tais como a sensação de insegurança e o medo de sofrer violência.

Segundo Adorno e Minayo (2013, p. 590), "...nomear a 'insegurança' como termo característico da contemporaneidade é falar mais de 'sentimento de insegurança' do que do fato em si". Assim, entende-se o drama psicológico do profissional de segurança pública ao se achar inseguro e a qualquer momento poder sofrer um ato de violência ou de ser morto. Isso se torna torturante do ponto de vista mental, mesmo que não se sofra a violência diretamente no campo das experiências.

Na Segurança Pública, o homem superior ao tempo ou super-homem pedir ajuda para tratamento mental ainda é considerado por muitos como fraqueza (LIMA, 2003). Assim, dentro das forças de segurança, procurar tratamento mental é ainda um tabu, interpretado como fragilidade, desmerecendo a imagem de quem procura tal tipo de ajuda da área de saúde (PEIXOTO; SARAIVA; SANTOS, 2014).

Na realidade, doenças antes incuráveis como AIDS, tuberculose e câncer são atualmente passíveis de tratamento e permitem a cura ou, quando não possível, o prolongamento de vida que mais se assemelha à cura, não fosse a necessidade de ingestão de remédios e de acompanhamento médico durante toda a vida.

Nesse sentido, a medicina tem evoluído muito nos últimos anos, pois hoje é possível a realização de inúmeros transplantes de órgãos e membros, execução de próteses, ressuscitação cardiopulmonar com desfibriladores, cura pelas células tronco, nanotecnologia médica, cirurgias com equipamentos manipulados por médicos distantes dos pacientes, a quilômetros de distancia, via internet (operações que se assemelham à manipulação de jogos de videogame), redução de estômago para o combate à obesidade, entre outros recursos sofisticados e hodiernos.

Contudo, segundo Adorno e Minayo (2013, p. 590), "...nunca houve tantos aparatos para garantir a vida e a incolumidade dos cidadãos e nunca as pessoas se sentiram tão frágeis e desamparadas". Dessa forma, observa-se uma contradição da vida real entre o poder estar seguro, e realmente estar seguro. Outro ponto ainda seria sentir-se seguro.

Enfim, a saúde física tem sido melhorada pela educação, pelo acesso à comunicação, pelo avanço da medicina, entre outras causas, passando o brasileiro a aumentar a expectativa de vida, conforme o IBGE (2015).

Porém, o mesmo não se observa em relação à saúde mental. Contrário fosse, os países altamente desenvolvidos, em comparação ao resto do mundo, como Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia, por exemplo, deveriam apresentar baixas taxas de suicídios e tentativas, o que na realidade não se observa. Adoece o homem hodierno também das doenças mentais associadas ao individualismo e ao materialismo. Lipovetsky (2005, p. 181), “...a epidemia de suicídios não acabou [...] ao acentuar o individualismo modificando-lhe o teor por meio da lógica narcísica, a sociedade pós-moderna multiplicou as tendências à autodestruição”.

Na contramão dessa onda materialista, a própria OMS (WHO, 2014c) declara em suas publicações que a espiritualidade é fator de proteção contra o suicídio. Boaventura de Sousa Santos fortalece a ideia contra o materialismo consumista quando expressa “o conhecimento prudente para uma vida decente” mostrando que o mundo não necessita obrigatoriamente seguir o padrão “capitalista selvagem”, onde a competição, o acúmulo de dinheiro, a beleza física, o status e o poder superam os valores da dignidade da pessoa humana.

Nesse cenário atual, quando não se sabe aonde se vai parar, está o profissional de segurança pública a tentar frear e/ou controlar o caos.

Entre essas ações do terrorismo, diante do poderio de segurança em países de alto investimento nesse setor, encontra-se a estratégia principal para levar a cabo, para conseguir burlar a segurança pública e atingir os alvos: o suicídio.

É justamente o suicídio que, apresentando-se como “loucura”, insanidade ou, ao contrário do senso comum, como extremo e honroso sacrifício, vai contra os instintos de preservação do ser humano, mas passa a ser a principal estratégia de ataque.

Ao recrutar um indivíduo “potencialmente suicida”, disposto a dar a vida para ferir os “inimigos”, mesmos que entre eles estejam os inocentes e inofensivos como as crianças, a guerra de terror consegue uma intangibilidade. Não se pode matar o suicida. Não se pode condenar o suicida. Não se pode punir quem por si mesmo já se puniu, com o sacrifício da própria vida.

Assim, no panorama internacional, é o suicídio um recurso cruel de execução de violência que produz a sensação de impotência dos profissionais de segurança pública e por consequência produz medo, às vezes pânico, suscitando sofrimento e adoecimento mental.

E o que os padrões de suicídios internacionais do terrorismo têm a ver com a segurança pública nacional? Afinal, o Brasil ou o Estado do Ceará, e a cidade de Fortaleza e RMF, recorte geográfico da presente pesquisa, não fazem parte dos países e/ou lugares com

altos índices de terrorismo, nem mesmo apresentam o catastrófico índice de homicídios-suicídios dos Estados Unidos, tão comum nas escolas e universidades americanas, sendo atualmente o homicídio somado ao suicídio os dois principais “matadores” de adolescentes (DODSON, 2016). Contudo, é o Brasil, o país com mais altos números de suicídios do mundo, fazendo com que o país se assemelhe aos países vítimas de terrorismo (WHO, 2014a).

Como já referenciado neste estudo, o ambiente de violência predispõe ao adoecimento físico e mental. Nas associações desta pesquisa, a depressão foi estatisticamente significativa,  $p$ -valor = 0,000, para ideação suicida severa caracterizada por múltiplas tentativas de suicídio, com o expressivo risco de 4,306 IC95% (1,990-9,319) (Tabela 31) para depressivos frente a não depressivos. Tal valor se encontra de acordo com a literatura científica (SARAIVA, 2014).

Eis aqui uma reflexão sobre o ato suicida e a criminalidade cearense. A taxa de homicídios da cidade de Fortaleza, de acordo com o Atlas da Violência 2016, é 81,1/100.00 (CERQUEIRA *et al.*, 2016). A cidade de Fortaleza (WAISELFISZ, 2015) foi a que teve maior crescimento de mortes de jovens por armas de fogo (WAISELFISZ, 2015). Reforça-se que se vive em Fortaleza e na região metropolitana uma guerra civil urbana.

Diante de tamanha pressão, o adoecimento mental se mostra quase inevitável para alguns profissionais de segurança pública e, por consequência, vislumbram-se as altas taxas de suicídios e tentativas nessa população vulnerável do ponto de vista da saúde mental.

### **10.17 Adicção**

A adicção poderia ser debatida também como transtorno mental, mas preferiu-se abrir uma discussão à parte em virtude da relevância do assunto. Conforme Botega (2015) o álcool é uma das adicções que mais se associa com o suicídio. Para o estudo, a maior frequência de adicção foi justamente o álcool.

O álcool é uma droga lícita e de consumo incentivado pela sociedade. A mídia, mais uma vez, exerce uma força propulsora grande no consumo da bebida, mostrando comerciais que influenciam para o entendimento de que beber é bom, popular e torna a pessoa mais atraente ao sexo oposto.

Em estudo sobre alcoolismo em policiais militares de Polícia Militar de Minas Gerais (PMEMG), Gischewski (2004, p.133) informa que “...encontramos alguns relatos que estabelecem uma nítida relação entre o contexto do trabalho policial e o alcoolismo apresentado pelos sujeitos”.

Eis aí uma armadilha. Entre os profissionais de segurança pública desta pesquisa, 12 (11,21%) misturaram álcool e outras drogas para tentar o suicídio. Ingerir bebida alcoólica para criar “coragem” para cometer a tentativa de suicídio não foi uma variável investigada, mas se tivesse sido prevista no instrumento de coleta de dados, provavelmente teria um número relevante de casos, tendo em vista que a maioria da amostra populacional que era adicta apresentou ingestão contumaz de álcool 46 (42,99%) (Tabela 24).

Mas nem só o álcool é preocupante. Os remédios controlados e as substâncias químicas juntas apresentaram o segundo lugar de adicção com 36 (33,63%). Assim, percebe-se que as drogas estão presentes na população de profissionais que atentam contra a própria vida. Sher (2016) confirma que o abuso de drogas se relaciona com casos de suicídios, mas, por outro lado, reforça que a própria polícia pode assumir papel importante na prevenção das drogas, concordando com Lima (2016).

Os cálculos estatísticos apontaram a associação de risco de adicção de álcool para múltiplas tentativas,  $p= 0,026$ ,  $RR=1,996$  e  $IC95\% (1,077-3,702)$  (Tabela 31). Considerando uma única tentativa como ideação suicida leve ou passageira, e múltiplas tentativas como ideação suicida severa, desejo contumaz de se matar, arredondando o RR para 2,000, implica dizer que a adicção em álcool aumenta em 100% as probabilidades de se ter ideação suicida grave, portanto, está significativamente mais propensa à consumação do ato suicida.

Um dado interessante acerca do tema, significativa parcela da população carcerária nacional e mundial está presa por questões envolvendo o trafico de drogas (LIMA, 2016). Ainda, problemas mentais e estigma rodeiam os adictos que geralmente combinam drogas lícitas e ilícitas como o álcool e a heroína (KREEK, 2011). Os profissionais de segurança pública, não só os estaduais, mas federais e municipais, estão na obrigação de combater o tráfico.

Todavia, a proximidade com as cifras milionárias do comércio ilegal de drogas pode fazer com que muitos profissionais se envolvam com o crime pelas vias da corrupção. Às vezes, o próprio profissional que se viciou em algum tipo de droga encontra campo fácil para apreender substâncias químicas, e em vez de entregá-las para a destruição prevista na lei antidrogas número 11.343/2006, passa a consumi-la.

Dessa forma, entende-se que a questão das drogas toma proporções complexas quando se discute o envolvimento de profissionais de segurança pública que se tornaram adictos (GISCHEWSKI, 2004). Nesse ponto de discussão, torna-se relevante falar da legalização das drogas.

Muito se tem falado pela legalização das drogas, não somente para fins médicos, como para fins recreativos. Tal legalização visa também, segundo alguns apoiadores da liberação, à redução da criminalidade, uma vez que, deixando de ser crime, as drogas levarão à diminuição de presos, ações policiais e mortes por dívidas de consumo de drogas.

Tal pensamento, quando se foca na questão da saúde mental do profissional de segurança pública, causa preocupação. Uma vez liberado o consumo de drogas para o uso recreativo, acredita-se possível o aumento dos policiais que poderão ser encontrados de folga no turno diurno, por exemplo, a beberem álcool, fumarem maconha, crack ou usarem cocaína e, no turno da noite, assumirem o serviço com uma pistola ou metralhadora nas mãos.

Ressalta-se o poder de adicção das drogas ilícitas. O crack e a cocaína são de alto poder de adicção, uma vez que “a rapidez e a intensidade de seus efeitos [...] são fatores que favorecem à dependência da droga”. (SUPERA, 2014, p.20-21). Segundo Saraiva (2014), a depressão, o abuso de substâncias e o suicídio estão associados, logo, acredita-se que a legalização das drogas aumentaria o número de suicídios e tentativas de suicídio, não somente na população em geral, mas, com mais força ainda entre os profissionais de segurança pública.

## **11 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Constatou-se que os objetivos planejados foram alcançados. A magnitude dos suicídios e das tentativas de suicídio foi estimada para o período, indicando níveis epidêmicos das taxas de suicídio para o grupo de profissionais da segurança pública cearense, bem como notório risco relativo, quatro vezes maior para esses profissionais do que para os demais membros da população geral do Estado do Ceará, em relação às taxas gerais, e quase duas vezes em relação às taxas padronizadas.

Os perfis dos profissionais de segurança pública que cometeram suicídio e que tentaram suicídio foram descritos. O perfil do profissional suicida preponderante (mais altos índices na distribuição de frequência) foi: ser casado, da meia idade (30-59) anos, homem, de baixa escolaridade, de baixa renda, policial militar, de baixa patente/título funcional, do serviço operacional e utilizar a arma de fogo como instrumento de suicídio.

O perfil preponderante (mais altos índices na distribuição de frequência) dos profissionais que tentaram suicídio foi ser: casado ou em união estável, de meia idade (30-59) anos, de baixa escolaridade, da raça parda, católico, residente com família, em zona urbana; mas sem crianças em casa, de “média” renda salarial, policial militar, de baixa patente, do



serviço operacional, com mais de 21 anos de serviço em segurança pública, com porte de arma de fogo, vítima de maus tratos na infância, com transtorno de personalidade, com doença psiquiátrica, alcoolista, utilizando ingestão de remédios controlados como instrumento de tentativa de suicídio.

Nas associações estatísticas com desfecho “múltiplas tentativas”, foram estatisticamente significativas para fator de risco: católico, transtorno de personalidade, internamento em hospital psiquiátrico, adicção e depressão.

Nas associações estatísticas com desfecho “suicídio consumado”, foram estatisticamente significativas para fator de risco: idoso, ensino médio, baixa renda, reserva/aposentadoria e arma de fogo. Para o mesmo desfecho “suicídio consumado”, foi significativamente estatístico como fator de proteção: nível superior de escolaridade.

No que tange às limitações de estudo, registra-se que esta pesquisa não colheu dados em todas as fontes possíveis de coleta, como os CAPS e/ou Hospitais, bem como o suicídio e as tentativas de suicídio são objetos de pesquisa escondidos, tendo-se como provável a subnotificação de resultados.

Nesse sentido, acredita-se que vários casos de suicídios disfarçados de acidentes e outras mortes podem ter sido encobertos, fazendo com que, por mais que se tenha trabalhado com os dados oficiais do Estado do Ceará, ainda sim não se tenha uma população total de suicídios nesta pesquisa, mas na verdade uma amostra subnotificada.

Em relação à população do Estado do Ceará, por ocasião da padronização de taxas por sexo e faixa etária, não foram encontrados registros no IBGE ou qualquer outro site oficial sobre os valores específicos da população de homens do sexo masculino acima de 18 anos, a fim de fazer a justa comparação com o efetivo de segurança pública, eminentemente masculino e composto de pessoas adultas. Assim, foi utilizado o recurso estatístico de projeção desses valores, baseado nos anos anteriores (2000 a 2012) fazendo com que na padronização direta de taxas, tenha-se um valor fictício aproximado do real para os anos de 2013 e 2014.

Ainda sobre as limitações do estudo, é importante frisar que a taxa utilizada para comparações foi realizada por 100 mil habitantes. No entanto o efetivo da SSPDS CE é menor do que 100 mil, calculando-se, portanto, um valor proporcional para esses valores, com o fim de se encontrar literatura científica mais abundante para comparação dos resultados.

No que tange às taxas de tentativas de suicídios, vale ressaltar que as instituições PMCE, PCCE, CBMCE para as quais os cálculos foram estimados, a inexistência de todo o efetivo da segurança pública específico para Fortaleza e Região metropolitana, ano a ano de

2010 a 2014, fez com que essas taxas de tentativas fossem calculadas com um denominador do efetivo total (anual) de cada instituição equivalente a todos os profissionais do Estado do Ceará. Esse recurso reduziu aproximadamente o quociente da taxa de tentativas pela metade, enfraquecendo a estimativa dos valores apresentados.

Na PEFOCE, a ausência de psicólogos limitou drasticamente a coleta, bem como no Corpo de Bombeiro a psicóloga que trabalhava no período de coleta não era a mesma que atendeu aos bombeiros militares durante os anos de 2010 a 2014. Foi realizado contato com a psicóloga da época que se encontrava em licença maternidade e, diante de suas condições de tempo, não teve como colaborar com a pesquisa.

Na PCCE, apesar da forma bem estruturada do setor biopsicossocial, não existia uma central de registros dos pacientes tal qual ocorre no setor biopsicossocial da PMCE, ficando ao encargo de cada psicólogo o referido registro e arquivamento de cada atendimento, o que também pode ter caracterizado um viés de seleção subnotificando as tentativas de suicídio.

A portaria 1.271 de 06 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, acerca das notificações em caráter de urgência de casos de suicídios e tentativas de suicídios não foi evidenciada na prática de nenhuma instituição vinculada, parecendo ocorrer uma falta de integração do sistema de saúde com os setores biopsicossociais. Fato que contribui ainda para a invisibilidade do problema nas instituições de segurança pública cearense.

Diante de tais resultados, bem como em relação às dificuldades apresentadas durante o período de pesquisa e das percepções do estudo que vão para além das entrelinhas desta dissertação, sugere-se para a prevenção de suicídios entre os profissionais de segurança pública:

- 1) Executar ações educativas de prevenção de suicídio, tais como instruções, cursos e palestras sobre o tema;

- 2) Investir no fortalecimento dos setores de saúde das instituições de segurança pública, em quantidade e qualidade, tanto do ponto de vista logístico (equipamentos e materiais), como do ponto de vista dos recursos humanos; interiorizando setores de saúde e biopsicossocial, a fim de amparar os profissionais e suas famílias que residem no interior do Estado do Ceará;

- 3) Melhorar as condições de trabalho, o acesso à educação e a remuneração salarial dos profissionais de segurança pública;

- 4) Atender a diretriz da Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, que tornou obrigatória, em caráter de urgência, a notificação das tentativas de

suicídio; com informatização desse processo e alimentação dos dados de vigilância em saúde nos níveis municipal, estadual e federal;

5) Aperfeiçoar o atendimento de saúde da PEFOCE, expandindo a assistência social desse órgão para um núcleo de saúde com natureza biopsicossocial e equipe multidisciplinar;

6) Criar o laboratório de observação, de estudo e de intervenção em casos de suicídio de profissionais de segurança pública (LOESICS), com parceria entre os órgãos de segurança pública, com as universidades e com órgãos de saúde;

7) Informatizar os dados sociodemográficos e laborais de todos os profissionais de segurança pública do estado, visando à facilitação de informações que são de fundamental interesse e de necessidade para realização de novas pesquisas e produções científicas, não somente no que tange ao suicídio, mas aos demais interesses das instituições de segurança;

8) Fortalecer, ampliar e divulgar as práticas exitosas em saúde mental da SSPDS, tais como a equoterapia, a cinoterapia, a terapia de grupo e os projetos sociais das instituições (tais como o JBV e o PSBS).

9) Criar o hospital da Segurança Pública (HSP), especializado para atendimentos de profissionais de segurança pública, realizando concurso público para ampliação do quadro de saúde das instituições de segurança com equipe multidisciplinar: assistentes sociais, médicos (múltiplas especializações, inclusive psiquiatras), psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, entre outros;

10) Criar uma linha da vida da SSPDS, a ser instalada em parceria com a CIOPS, semelhante ao trabalho realizado pelo CVV, onde profissionais treinados possam atender, via telefone e/ou internet 24h, pessoas em situações de crise suicida.

## REFERÊNCIAS

- ASNIS, N.; WERLANG, B. S. G.; SÁ, S. D. Aspectos psicodinâmicos do terrorismo religioso. In: WERLANG, B. S. G.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). **Temas em psicologia clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 87-94.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JÚNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 535-9, 2005.
- ARAÚJO, Leticia de Sousa. **Entre vigilâncias e ilegalismos: cotidiano e práticas policiais do ronda do quarteirão no Ceará**. 2013. 121p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, 2013.
- AZENHA, S; PEIXOTO, B. Suicídio, Cultura e Religião. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 03-13.
- BAPTISTA, M. N.; BORGES, A.; BIAGI, T. A. T. Pesquisas de suicídio no Brasil. In: BAPTISTA, M. N. (Ed.). **Suicídio e depressão: atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 23-32.
- BATISTA, Francisco Diego Moreira. Direito fundamental à liberdade religiosa, shabat, datas de realização de provas e isonomia – supremo tribunal federal e a suspensão de tutela antecipada Nº 389. **Associação dos Juristas do Rio Grande do Sul (ajuris)**, Porto Alegre, v. 42, n. 137, p.565-576, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ajuris.org.br/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/372/306>>. Acesso em: 29 jul. 2016.
- Begliomini, Helio; Begliomini, Bruno Dal Sasso. Técnicas hemoterápicas em cirurgia renal percutânea em paciente testemunha de Jeová. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 350-352, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912005000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912005000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de julho de 2016.
- BERENCHTEIN NETTO, N. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. 2007. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BEZERRA FILHO, J. G.; WERNECK, G. L.; ALMEIDA, R. L F.; OLIVEIRA, M. I. V.; MAGALHÃES, F. B. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 833-44, 2012.
- BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1995.

BORGES, Alberto Alves. Polícia e saúde: entrevista com o Diretor Geral de Saúde da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 677-679, Mar. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 julho de 2016.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 345-51, 2006.

BOSSARTE, R. M.; KNOX, K. L.; PIEGARI, R.; ALTIERI, J.; KEMP, J.; KATZ, I. R. Prevalence and characteristics of suicide ideation and attempts among active military and veteran participants in a national health survey. **Am J Public Health**, v. 102, suppl 1, p. S38-40, mar. 2012.

BOTEGA, N. J. **Crisesuicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J.; BARROS, M. A. B.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARIN-LEÓN, L. Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 1, p. 2-5, 2005.

BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B. A.; SILVA, V. F.; DALGALARRONDO, P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-8, dez. 2009.

BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B.; CAIS, C. F. S. Comportamento suicida. In: BOTEGA, N. J. (Ed.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 431-45.

BRÁS, M.; SANTOS J C; Prevenção do suicídio em meio escolar. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 485-492

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 22 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 22 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. Governo Federal (Ed.). **Expectativa de vida do brasileiro sobre para 75,2 anos**. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/11/expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-2-anos>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2012a. Disponível em: <[http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario\\_2012.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2012.pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretária Nacional de Segurança Pública. **Sistema Único de Segurança Pública**. Brasília: Ministério da Justiça, 2003. Disponível em: <[http://2ccr.pgr.mpf.mp.br/documentos-e-publicacoes/docs\\_textos\\_interesses/Senasp.pdf](http://2ccr.pgr.mpf.mp.br/documentos-e-publicacoes/docs_textos_interesses/Senasp.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série E. Legislação de Saúde; n. 8).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 2014. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria\\_1271\\_06jun2014.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 23 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 7. ed. – Brasília : **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, 2014. 140 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni). Disponível em: <[http://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7\\_Mod1.pdf](http://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod1.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção I, p. 59-62. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 22 jan. 2015.

BRUCK, N. R. V. **A psicologia das emergências**: um estudo sobre a angústia pública e dramático cotidiano do trauma. 2007. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Fiocruz, 2009.

CARDOSO, R. E. R. **Anomia e suicídio na PMBA**. 2013. Disponível em: <<http://www.webnewssul.com.br/coluna/3049-anomia-e-suicidio-na-pmba.html>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

CARVALHO, A M P. **Pensamento de Boaventura de Sousa Santos em foco: a reinvenção da emancipação em tempos contemporâneos**. 2009. Disponível em: <[http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pensamento de Boaventura de Sousa Santos em foco1.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pensamento%20de%20Boaventura%20de%20Sousa%20Santos%20em%20foco1.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2016

CEARÁ. Lei Estadual nº 15.175, de 28 de junho de 2012. Define regras específicas para a implementação do disposto na Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito da Administração Pública do Estado do Ceará, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Fortaleza, CD, 11 jul. 2012. Disponível em: <<http://www.arce.ce.gov.br/index.php/lei-de-acesso/43471-lei-no-15175-de-28-de-junho-de-2012>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Centro de Desenvolvimento e Treinamento Humano (CTDH). Governo do Estado do Ceará. **Visita Da Coordenadora Especial de Políticas Públicas ao CTDH**. 2013. Disponível em: <<http://www.bombeiros.ce.gov.br/index.php/listanoticias/1026-visita-da-coordenadora-especial-de-politicas-publicas-ao-ctdh>>. Acesso em: 03 maio 2016

\_\_\_\_\_. Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará (ISSEC). Governo do Estado do Ceará (Ed.). **Publicada no Diário Oficial lei que inclui militares como beneficiários do Issec**. 2010. Disponível em: <<http://www.issec.ce.gov.br/index.php/assessoria-de-comunicacao/listanoticias/141-publicada-no-diario-oficial-lei-que-inclui-militares-como-beneficiarios-do-issec>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE). **Histórico**. 2011. Disponível em: <<http://www.pefoce.ce.gov.br/index.php/institucional/historico>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Polícia Civil do Estado. **Divisão médica do Damps da Polícia Civil é inaugurada**. 2015. Disponível em: <<http://www.policiacivil.ce.gov.br/noticias/divisao-medica-do-damps-da-policia-civil-e>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Polícia Civil do Estado do Ceará (PCCE). **Portaria que cria o Laboratório de Tecnologia contra Lavagem de Dinheiro**. 2015a. Disponível em: <[http://www.policiacivil.ce.gov.br/downloads/portarias/portarias-2015/Portaria\\_41-2015.PDF](http://www.policiacivil.ce.gov.br/downloads/portarias/portarias-2015/Portaria_41-2015.PDF)>. Acesso em: 20 jun. 2016

\_\_\_\_\_. Polícia Militar do Estado do Ceará. Governo do Estado do Ceará. **Projeto Equoterapia amplia atendimento**. 2015b. Disponível em: <<http://www.sspds.ce.gov.br/noticiaDetalhada.do?tipoPortal=1&codNoticia=3814&titulo=Reportagens&action=detail>>. Acesso em: 03 fev. 2016

\_\_\_\_\_. Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (sspds). Governo do Estado do Ceará (Ed.). **CICCR inicia funcionamento integral Fortaleza**. 2014a. Disponível em: <CICCR inicia funcionamento integral Fortaleza>. Acesso em: 04 abr. 2016

\_\_\_\_\_. Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. **Histórico**. 2008. Disponível em: <<http://www.sspds.ce.gov.br/canalDetalhado.do?tipoPortal=1&codCanal=135&titulo=Conheça a SSPDS&action=detail>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (sspds). Governo do Estado do Ceará (Ed.). **Sistema de informações web da Polícia Civil começa a ser implantado**. 2014b. Disponível em: <<http://www.sspds.ce.gov.br/noticiaDetalhada.do?tipoPortal=1&codNoticia=3419&titulo=Reportagens&action=detail>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

CERQUEIRA et al. Atlas da Violência 2016. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/atlas\\_da\\_violencia\\_2016\\_ipea\\_e\\_fbsp.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/atlas_da_violencia_2016_ipea_e_fbsp.pdf). Acesso em : 30 jul. 2016.

CHARLEAUX, J. P. **O Brasil não sabe nada sobre os seus soldados suicidas**. 2013. Disponível em: <[http://www.vice.com/pt\\_br/read/o-brasil-nao-sabe-nada-sobre-seus-soldados-suicidas](http://www.vice.com/pt_br/read/o-brasil-nao-sabe-nada-sobre-seus-soldados-suicidas)>. Acesso em: 12 fev. 2015.

CONE, J. E.; LI, J.; KORNBLITH, E.; GOCHEVA, V.; STELLMAN, S. D.; SHAIKH, A.; SCHWARZER, R.; et al. Chronic probable PTSD in police responders in the world trade center health registry ten to eleven years after 9/11. **Am J Ind Med.**, v. 58, n. 5, p. 483-93, 2015.

CORRÊA, H.; PEREZ, S. B. O suicídio: definições e classificações. In: \_\_\_\_\_ (orgs.). **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 30-6.

COSTA, J. **Representações do suicídio no Alentejo**. 2013. 76 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Évora, Portugal, 2013.

DAPIEVE, Arthur. **Morreu na contramão: o suicídio como notícia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2007.

DEJOURS, C. Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal. **Jornal Público 2**, 1º fev. 2010. Entrevista à Ana Gerschenfeld. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0Bxad4O1-hCVbTjF3elo5WmhMR1E/edit?pli=1>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

DIAS, M. L. **Suicídio: testemunhos de adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

DÍEZ, B. EUA buscam saídas para frear suicídios de soldados. **BBC Mundo**, 6 jun. 2013. Disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/06/130606\\_soldados\\_suicidio\\_gm](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/06/130606_soldados_suicidio_gm)>. Acesso em: 26 abr. 2015.

DODSON N.A. Adolescent gun violence prevention: what we know, and what we can do to keep young people safe. 2016. **Curr Opin Pediatr.** : 2016 Aug;28(4):441-6. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27176665>>. Acesso em 04 de julho de 2016.

DURKHEIM, E. (1897). **O suicídio: um estudo sociológico**. Trad. Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.



DWORKIN, R. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

ENNES, M. A. **A construção de uma identidade inacabada: nipo-brasileiros no interior do Estado de São Paulo**. São Paulo: UNESP, 2000.

FARIAS, José Airton de. **História da Sociedade Cearense**. Fortaleza: Edições Livro Técnico. 2004. 488p

FERREIRA, D. **Por estar sem boina, PM discute com superiores e se mata após ser preso**. 2013. Disponível em: <<http://abordagempolicial.com/2013/05/por-estar-sem-boina-pm-discute-com-superiores-e-se-mata-apos-ser-preso/>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Epidemiologia do suicídio. **Bol. SaúdeFortaleza**, v. 13, n. 1, p. 1-25, jan./jun. 2009.

FRAZÃO, P; SANTOS, J C; SAMPAIO, D. Família e suicídio. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 135-143.

FREIRE, Cylviane Maria Cavalcante de Brito; CAMELO PARENTE, Francisco Josênio. A Custódia de Presos Realizada em Delegacias de Polícia Civil e os Reflexos dessa Prática na Segurança Pública. **Conhecer: Debate entre o Público e o Privado**, v. 1, n. 10, 2014.

FREIRE, S. M.; CARVALHO, A. S. Mdiatização da violência: oslabirintos da construção do consenso. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 151-64, jan./jun. 2008.

FREITAS, Levi de. **Mais de 5 mil licenças psiquiátricas de PMs não são renovadas**. 2016. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/policia/mais-de-5-mil-licencas-psiquiatricas-de-pms-nao-sao-renovadas-1.1541726>>. Acesso em: 02 jul. 2016

FUHRMANN, L. Programa diminui número de suicídios de policiais militares. **Folha de S. Paulo**, 17 jun. 2000. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u2682.shtml>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

GABER N and WRIGHT A 2016. Protecting Urban Health and Safety: Balancing Care and Harm in the Era of Mass Incarceration. **Journal of Urban Health** 93:S1, 68-77. Online publication date: 1-Apr-2016. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26696002>>. Acesso em 10 de julho de 2016.

GERALDO, J. **Coronel da Polícia Militar comete suicídio dentro de sala do Ciops**. 2014. Disponível em: <<http://www.emtempo.com.br/coronel-da-policia-militar-comete-suicidio-dentro-de-sala-do-ciops/>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J.; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2487-96, 2013.

GISCHEWSKI, Valéria Rezende. **O abuso de álcool entre policiais militares: um estudo de caso**. Especialização em psicologia do trabalho (UFMG). 147p. Belo Horizonte. 2004.

GOMES, R. (Ceara). **Jornal Opovo. Servidores estaduais protestam na sede do Issec.** 2015. Disponível em:

<<http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2015/03/06/noticiafortaleza,3403085/servidores-estaduais-protestam-na-sede-do-issec.shtml>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

GOMES, R; SOUZA, E R de. A identidade de policiais civis e sucessivos espelhamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 601-610, Mar. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 julho de 2016.

GUIMARÃES, T. **Suicídio e ocupação: um estudo comparado.** 2012. Monografia. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). 118f. Rio de Janeiro, 2012.

HEGERL, U.; WITTENBURG, L.; ARENSMAN, E.; AUDENHOVE, C.; COYNE, J. C.; MCD AID, D.; *et al.* Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. **BMC Public Health**, v. 9, n. 428, p. 1-8, 2009.

HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Sept. 2013 . Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 Ago. 2016.

HOBBSAWM, E. J. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991.** Trad. Marcos Santarrita. 10. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

HOM, MELANIE A. ET AL. **Insomnia brings soldiers into mental health treatment, predicts treatment engagement, and outperforms other suicide-related symptoms as a predictor of major depressive episodes.** Journal of Psychiatric Research , Volume 79 , 108 - 115. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27218816>> . Acesso em 05 de julho de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociais municipais – 2000.** 2000. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores\\_sociais\\_municipais/tabela1a.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/tabela1a.shtm)>. Acesso em: 02 abr. 2015

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010: Características Gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** 2010. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2016

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal.** Rio de Janeiro, IBGE, 2011. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Acesso\\_a\\_internet\\_e\\_posse\\_celular/2011/PNAD\\_Inter\\_2011.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Acesso_a_internet_e_posse_celular/2011/PNAD_Inter_2011.pdf)> Acesso em: 18 fev. 2015.

KARDEC, Allan. **O Evangelho Segundo o Espiritismo.** 1864. São Paulo: IDE, 2008.

KIMBREL, N. A et al. (2016). Is cumulative exposure to suicide attempts and deaths a risk factor for suicidal behavior among firefighters? A preliminary study. **Suicide and life-threatening behavior**. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12248/full>>. Acesso em: 29 de julho de 2016.

KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. Approach to adolescent suicide prevention. **Can Fam Physician.**, v. 56, n. 8, p. 755-60, ago. 2010.

KONRAD, Kaiser. GAM da Polícia Militar do Rio de Janeiro realiza a primeira missão real de combate SAR no Brasil – **tripulação de helicóptero abatido foi resgatado por outra aeronave**. 2009.

KREEK, M. J. (2011). **Extreme marginalization**: addiction and other mental health disorders, stigma, and imprisonment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231, 65–72.

KROLL, Mark W. et al. Do taser electrical weapons actually electrocute?. **CJC Canadian journal of cardiology** Disponível em <[http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(15\)01701-8/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(15)01701-8/pdf)> Acesso 04 de julho de 2016.

KUEHN, B. M. Military probes epidemic of suicide: mental health issues remain prevalent. **JAMA**, v. 304, n. 10, p. 1427-30, 2010.

LIRA, R.; LIRA, R. Policial que trabalhava em Icó comete suicídio em João Pessoa/PB. **Icó na rede**, 22 mar. 2015. Disponível em: <<http://iconarede.blogspot.com.br/2015/03/policial-que-trabalhava-em-ico-comete.html>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

LIMA, E. de. **Burocracia emperra uso de armas modernas adquiridas pela PM do Ceará**. 2009. Disponível em: <<http://blog.opovo.com.br/blogdoeliomar/burocracia-emperra-uso-de-armas-modernas-adquiridas-pela-pm-do-ceara/>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

LIMA, M. E. A. A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.10, n.14, p.82-91, 2003. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/184/19>. Acesso em: 03 de abril de 2016

LIMA, Plauto de. **Políticas de segurança pública**: um rotineiro e cansativo trabalho de sísifo. Fortaleza: Premius Ed., 2016.

LIMA, Renato Sérgio de et al. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015**. 2015. Disponível em: <[http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/10/9-Anuario-Brasileiro-de-Seguranca-Publica-FSB\\_2015.pdf](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/10/9-Anuario-Brasileiro-de-Seguranca-Publica-FSB_2015.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2016

LIPOVETSKY, G. **A Era do Vazio**: ensaios sobre o individualismo contemporâneo. Barueri, SP: Manole, 2005.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARTENS, J. et al. **Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses**. *Revista de Calidad Asistencial*, [s.l.], v. 31, p.26-33, jul. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.004>. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27318766>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MÁXIMO, T. A. C. O.; LIMA, J. A.; ARAÚJO, A. J. S. A invisibilidade da relação suicídio e trabalho. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n. 3, p. 739-40, 2012.

MEDRONHO et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MELLO-SANTOS, C.; WANG, Y. P.; BERTOLOTE, J. M. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980 - 2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. *Rev Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 2, p. 131-4, 2005.

MENEGALI, T. T.; CAMARGO, R. P. M.; ROGERIO, L. P. W.; CARVALHO, D. C.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Avaliação da síndrome de Burnout em policiais civis do município de Tubarão (SC). *Rev Bras Med Trab.*, v. 8, n. 2, p. 77-81, 2010.

MENEGHEL, S. N.; VICTORA, C. G.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A.; FALK, J. W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p. 804-10, dez. 2004.

MINAYO MCS, coordenadora. Avaliação dos Riscos Ambientais e das Condições de Saúde dos Policiais Militares de Minas Gerais. [**Relatório de pesquisa**]. Belo Horizonte: Fundação Guimarães Rosa/Secretaria de Defesa Social; 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e ADORNO, Sérgio. Risco e (in)segurança na missão policial. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.3, pp.585-593. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300002>. Acesso em: 20 de jan de 2016

MINAYO, M. C. D. S.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2199-209, 2011.

MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto-infligida. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 205-39.

MINAYO, MCS. Valorização profissional sob a perspectiva dos policiais do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.3, pp.611-620. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300007>.

MONTENEGRO, M. C.; BRAGA, M. **Mutirão carcerário**: raio-X do sistema penitenciário brasileiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2012. Disponível em: <[http://sosservicosocial.com.br/s/wp-content/uploads/2013/04/mutirao\\_carcerario.pdf](http://sosservicosocial.com.br/s/wp-content/uploads/2013/04/mutirao_carcerario.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2015.

MOURA, T M S; **Percepções sobre adoecimento e risco no trabalho dos policiais militares do Estado do Ceará.** 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade). UECE. Fortaleza, 2015.

MULU, A., & TEGABU, D. (2012). **Medical students' attitudinal changes towards cadaver dissection: A longitudinal study.** *Ethiopian journal of health sciences*, 22(1), 51-58. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23066333>>. Acesso em: 23 de julho de 2016.

MURRAY, D., & DE LEO, D. (2007). **Suicidal behavior by motor vehicle collision.** *Traffic injury prevention*, 8(3), 244-247. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15389580701329351>>. Acesso em: 15 de julho de 2015.

NASCIMENTO, José Luciano Viana do. **História do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (dos seus primórdios aos dias atuais).** Fortaleza: RDS editora, 2014.

NASCIMENTO, Reginauro Sousa. **O diálogo entre ator e personagem no teatro espírita: a experiência espiritual e artística dos atores e atrizes do grupo Espírita de Teatro Leopoldo Machado.** 2013. 99 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Fortaleza, 2013.

NATIONAL VOLUNTEER FIRE COUNCIL (NVFC). **Suicide in the fire and emergency services: adopting a proactive approach to behavioral health awareness and suicide prevention.** Greenbelt: NVFC, 2012.

NGUYEN, T. V.; DALMAN, C.; THIEN, C. L.; NGUYEN, T. V.; TRAN, N. V.; ALLEBECK, P. Suicide attempt in a rural area of Vietnam: Incidence, methods used and access to mental health care. **Int. J. Mental Health Systems**, v. 4, n. 3, p. 1-6; 2010.

NOCK, M. K.; BORGES, G.; BROMET, E. J.; ALONSO, J.; ANGERMEYER, M.; BEAUTRAIS, A.; *et al.* Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **BJP**, v. 192, n. 2, p. 98-105, 2008.

NOCK, M. K.; DEMING, C. A.; FULLERTON, C. S.; GILMAN, S. E.; GOLDENBERG, M.; KESSLER, R. C.; *et al.* Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. **Psychiatry**, v. 76, n. 2, p. 97-125, 2013.

O'HARA, Andrew F. *et al.* National police suicide estimates: web surveillance study III. **International journal of emergency mental health**, v. 15, n. 1, p. 31-38, 2012

OLIVEIRA, A. C. P.. **Teoria das Janelas Quebradas: Sua aplicação nas unidades de polícia pacificadora.** 2014. Disponível em: <[http://vianajunior.com.br/files/uploads/20140502\\_172228.pdf](http://vianajunior.com.br/files/uploads/20140502_172228.pdf)>. Acesso em: 13 de julho 2016.

OLIVEIRA, M. A. **O suicídio no Estado do Ceará: estudo de epidemiologia ecológica.** 2010. 111 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

OLIVEIRA, M. I. V. **Suicídio e tentativas de suicídio**: estudo epidemiológico. 2013. 157 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA FILHO, J. G.; FEITOSA, R. F. G. Estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do Ceará, no período 1997-2007. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 159-73, jan./mar. 2012.

OPOVO. (Ceara). Jornal Opovo (Ed.). **Fuzil AK 47 é apreendido no Parque São José**. 2016. Disponível em:

<<http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2016/04/26/noticiafortaleza,3607870/fuzil-ak-47-e-apreendido-no-parque-sao-jose.shtml>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

PAIXÃO, C. C.. **Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes filhos de Policiais Militares do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado). 2013. Rio de Janeiro. Fiocruz. 149f.

PAULINO, F R; LOURINHO, L A. O adoecimento psicológico do policial militar do estado do Ceará. **Revista trabalho e sociedade**, Fortaleza, v 2, n 2, Jul/Dez, 2014, p58-77. Disponível em: <<http://www.ratio.edu.br/dados/trabalhosociedade/revista0309/quatro.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

PEIXOTO, H C G; SOUZA, M L. Anos potenciais de vida perdidos e os padrões de mortalidade por sexo em Santa Catarina, 1995. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 8, n. 2, p. 47-52, jun. 1999 . Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731999000200006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731999000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25 jul. 2016.

PEIXOTO, B.; SARAIVA, C. B.; SANTOS, N. Prevenção do suicídio nas Forças de Segurança. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos**: dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel, 2014. p. 425-34.

PIMENTEL, D. C. **Eutanásia**: crime contra a vida ou direito fundamental? – O direito de escolher. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

PINTO, L W; ASSIS, S; PIRES, T O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, p. 1963-1972, ago. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 jul. 2016.

PM mata a namorada com tiro de pistola e se suicida. **Diário do Nordeste**, 29 ago. 2013. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/policia/pm-mata-a-namorada-com-tiro-de-pistola-e-se-suicida-1.410908>>. Acesso em: 14 abr. 2015

PONTES, C. B.. **Suicídio em Fortaleza**: estudo de 50 anos. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007.

PORDEUS, A. M. J.; CAVALCANTI, L. P. G.; VIEIRA, L. J. E. S.; CORIOLANO, L. S.; OSÓRIO, M. M.; PONTE, M. S. R.; et al. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1731-40, nov./dez. 2009.

PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 2, p. 146-54, 2005.

QUARTILHO, M. Contextos Sociais e Interpessoais. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 15-31.

QUEIRÓS, O. Infância e comportamentos suicidários. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 215-223.

QUINTELA FILHO, C. B. **Fatores relacionados ao suicídio no Exército brasileiro: medidas preventivas**. 2008. 199 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Militares) – Escola de Comando e Estado-Maior do Exército. Rio de Janeiro, 2008.

RAMOS, S. **Mídia e violência: tendência na cobertura de criminalidade e segurança pública no Brasil**. Rio de Janeiro, IUPERJ, 2007.

REICHENHEIN, M. E. & WERNECK, G. L. Violent Death as a Cause of Years of Potential Life Lost in Rio de Janeiro, 1990 . **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 188- 198, 1994

ROCHA, L F. **Transtorno do estresse pós-traumático em policiais militares do Rio de Janeiro**. 2013. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). (UERJ), Rio de Janeiro: 2013. 127 f.

ROQUE, M. Internet. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 515-522.

ROTHES, I A; Impacto do suicídio em pacientes nos técnicos de saúde. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 455-470

SÁ, L D. **Os Filhos do Estado: auto-imagem e disciplina na formação dos Oficiais da polícia Militar do Ceará**. Coleção Antropologia da Política. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SÁ, M; OLIVEIRA, S. **SVO passa a funcionar 24 horas a partir desta quarta, 15**. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46247-svo-passa-a-funcionar-24-horas-a-partir-desta-quarta-15>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

SALES, L J M . **Medo e sofrimento social** : uma análise das narrativas de policiais militares em atendimento clínico. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Fortaleza, 2013. 126 f.

SANTANA, S L; SABINO, A D V. **Estresse Policial Militar: Efeitos Psicossociais**. 2012. Disponível em: <<http://www.aems.com.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/downloads/2012/humanas/ESTR ESSE POLICIAL MILITAR EFEITOS PSICOSSOCIAIS.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016

SANTOS, A J F. **Formação Superior para os Agentes de Segurança Pública do Estado do Ceará: Implicações e Possibilidades**. 2008. 58 f. Monografia (Especialização em Cidadania, Direitos Humanos e Segurança Pública – Turma I) – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SANTOS J C. Métodos de suicídio. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 145-156.

SANTOS, J C; TAVARES, S. Sobreviventes. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 445-453.

SARAIVA et al. **Depressão e suicídio: um guia clínico nos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Lidel editora, 2014.

SAVIA, J. S. **Suicide among North Carolina professional firefighters: 1984-1999**. 2008. 106 f. Dissertation – Regent University, Virginia, US, 2008.

SHEN, Cynthia RUI, F. R. Law enforcement suicide: A national analysis. **Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience**, v. 15, n. 4, p. 289-298, 2013.

SHER, L. (2016). Commentary: Police and Suicide Prevention. **Frontiers in Public Health**, 4, 119. Disponível em: <<http://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00119>>. Acesso em 26 de julho de 2016.

SILVA, L S; PINHEIRO, T M M; SAKURAI, E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2949-2958, Dec. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de julho 2016

SILVEIRA, E; FONTE, A. Adulto e comportamento suicidários In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica**. Lisboa: Lidel, 2014. p. 241-261

SLEEBOM, M. Kamikaze, Cherry Blossom and Nationalism. **IIAS The Newsletter**, n. 31, p. 35, jul. 2003. Disponível em: <[http://old.iias.asia/iiasn/31/IIASN31\\_35.pdf](http://old.iias.asia/iiasn/31/IIASN31_35.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2015.

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



SOLTANINEJAD, A.; FATHI-ASHTIANI, A.; AHMADI, K.; MIRSHARAFODDINI, H. S.; NIKMORAD, A.; PILEVARZADEH, M. Personality factors underlying suicidal behavior among military youth. **Iran Red Crescent Med J.**, v. 16, n. 4, p. e12686, 2014.

SOUSA, J. E. P.; PAIXÃO, E. A. A. L. A doutrina espírita e o ordenamento jurídico brasileiro: um campo de convergência para a educação sem violência. In: MAIA, Gabriela Bessa Pereira; CARVALHO, Wirla Risany Wirla (Org.). **A doutrina Espírita e as transformações educacionais: por uma humanidade melhor.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2015. Cap. 7. p. 147-163. (9788572866761).

SOUZA, F. G. M. **Você é bipolar?** Fortaleza: GETA, 2012.

SOUZA, V. S.; ALVES, M. S.; SILVA, L. A.; LINO, D. C. S.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

SATCK, S. **Occupation and suicide.** Social Science Quarterly. Volume 82, Number 2, June 2001.

STACK, S.; KELLEY T., “**Police Suicide: An analysis**”. American Journal of Police 13(4): 73-90.1994.

STEFANELLO, S. **Tentativas de suicídio atendidas no Hospital de Clínicas da Unicamp: diferenças entre os sexos.** 2007. 179 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

**SUICÍDIO** de policial civil em Tianguá. 2014. Disponível em: <<http://tianguaemfoco.blogspot.com.br/2014/12/suicidio-de-policial-civil-em-tiangua.html>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

THOMAS, H. **Grandes filósofos gregos.** 2010. Disponível em: <<http://www.cons-ciencia.org/os-grandes-filosofos-da-grecia-antiga>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

TOYGAR, M.; TÜRKER, T.; EROĞLU, M.; KALDIRIM, U.; POYRAZOĞLU, Y.; EYI, Y. E.; et al. An analysis of firearms-related deaths between 1993-2010: a retrospective study. **Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.**, v. 19, n. 6, p. 536-42, 2013.

VAN HAUTE, M.; VIOLANTI, J. M. **Public safety suicide: the human dimension.** Illinois: Charles C Thomas Publisher LTD, 2015.

VEIGA, F. Epidemiologia. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica.** Lisboa: Lidel, 2014. p. 77-84.

VIOLANTI, J. M. Predictors of police suicide ideation. **Suicide Life Threat Behav.**, v. 34, n. 3, p. 277-83, 2004.

\_\_\_\_\_. The Mystery Within: understanding the police suicide. **FBI Law Enforcement Bulletin**, v. 64, n. 2, p. 19-23, 1995.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: mortes matadas por armas de fogo**. Brasília: FLACSO Brasil, 2015. Disponível em: <[www.juventude.gov.br/juventudeviva](http://www.juventude.gov.br/juventudeviva)>. Acesso em: 23 de julho de 2016.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. B.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Rev. Interam. Psicol.**, v. 39, n. 2, p. 259-66, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Homicides estimates by country**. 2014a. Disponível em: <[http://apps.who.int/gho/data/node.main.VIOLENCE\\_HOMICIDE?lang=en](http://apps.who.int/gho/data/node.main.VIOLENCE_HOMICIDE?lang=en)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide a global imperative: myths**. 2014b. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/myths.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/myths.pdf?ua=1)>. Acesso em: 02 abr. 2015.


\_\_\_\_\_. **Preventing suicide: a global imperative**. 2014c. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)>. Acesso em: 01 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **World suicide prevention media release: suicide prevention (SUPRE)**. 2009.



18. Foi vítima de maus tratos na infância ou adolescência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19. Sofreu violência sexual na infância ou adolescência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20. Apresenta algum transtorno de personalidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
21. Se sim, qual:	<input type="checkbox"/> Transtorno afetivo bipolar	<input type="checkbox"/> Depressão
	<input type="checkbox"/> Transtorno do humor	<input type="checkbox"/> Obsessivo compulsivo
	<input type="checkbox"/> Transtorno <i>boarderline</i>	<input type="checkbox"/> Outro: _____
22. Apresenta alguma doença psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23. Internado em hospital psiquiátrico ou de natureza mental?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
24. Apresenta abuso de:	<input type="checkbox"/> Cigarros	<input type="checkbox"/> Álcool
	<input type="checkbox"/> Remédios controlados	<input type="checkbox"/> Substâncias químicas
	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Não se aplica
25. Tentou o suicídio?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Data: ___/___/___
26. Se sim, quantas vezes?	<input type="checkbox"/> Uma	<input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Quantas: _____
27. Qual o meio utilizado na tentativa? _____		

# ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ÓBITO



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

---

**I Cartório**

1 Cartório Código 2 Registro 3 Data

4 Município 5 UF 6 Cemitério

**II Identificação**

7 Tipo de Óbito 8 Óbito Hora 9 RIC 10 Naturalidade

11 Nome do falecido

12 Nome do pai 13 Nome da mãe

14 Data de nascimento 15 Idade 16 Sexo 17 Raposo

18 Estado civil 19 Escolaridade 20 Ocupação habitual e ramo de atividade

21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) 22 CEP

23 Bairro/Distrito 24 Município de residência 25 UF

26 Local de ocorrência do óbito 27 Estabelecimento

28 Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência: Rua, praça, avenida, etc. 29 CEP

30 Bairro/Distrito 31 Município de ocorrência 32 UF

**III Residência**

**IV Ocorrência**

**V Fetal ou menor que 1 ano**

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE**

33 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe 34 Número de filhos tidos

35 Idade 36 Escolaridade 37 Duração da gestação 38 Tipo de Gravidez 39 Tipo de parto 40 Morte em relação ao parto

41 Peso ao nascer 42 Num. da Decl. de Nascidos Vivos

**OBITOS EM MULHERES**

43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 44 A morte ocorreu durante o puerpério?

45 Recibeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

46 Diagnóstico confirmado por: Exame complementar? 47 Cirurgia? 48 Necropsia?

**CAUSAS DA MORTE**

**PARTE I**

Doença ou estado médico que causou diretamente a morte

**CAUSAS ANTECEDENTES**

Estados morbidos, se ocorrerem, que produziram a morte antes da doença, mencionando-se em cada caso lugar e causa imediata

**PARTE II**

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estiverem mencionadas em cada caso.

**VI Condições e causas do óbito**

**VII Médico**

49 Nome do médico 50 CRM 51 O médico que assina atendeu ao falecido?

52 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) 53 Data do atestado 54 Assinatura

**VIII Causas externas**

**PRÓVAVELIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)**

55 Tipo 56 Fonte de informação

57 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO

58 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) 59 Código

**IX Localidade e Médico**

60 Declarante 61 Testemunhas

Versão 09/98-01

## ANEXO B – ANUÊNCIA DA SSPDS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Ofício nº 003 – Projeto de dissertação UFC

Fortaleza, 22 de julho de 2015.

Ao Exmo Senhor Secretario de Segurança Pública e Defesa Social  
DR DELCI CARLOS TEIXEIRA

ASSUNTO: ANUÊNCIA DE PESQUISA DE MESTRADO

Ao cumprimentá-lo, venho solicitar análise da exposição de motivos em anexo, a fim de que seja assinada anuência da pesquisa de dissertação de mestrado em Saúde Pública sob o título: **"Tentativas de suicídio e suicídios em profissionais de Segurança Pública do Estado do Ceará: magnitude, perfil e fatores associados, 2000 a 2014."**

Respeitosamente,


  
José Edir Paixão de Sousa – CAP QOBM

Matrícula 125970-1-0

Aluno do Curso de Mestrado em Saúde Pública – UFC

Fone: 991175265/985959243

Email: [edirpaixao@yahoo.com.br](mailto:edirpaixao@yahoo.com.br)

DEFIRO  
COM AS CAUTELAS  
QUANTO A DADOS PESSOAIS  
DOS ENVOLVIDOS. 27/11  
  
Delci Carlos Teixeira  
Secretário da Segurança  
Pública e Defesa Social

**ANEXO C - ANUÊNCIA DA POLÍCIA MILITAR**

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ

**CARTA DE ANUÊNCIA**

EU, GEOVANI PINHEIRO DA SILVA, CIENTE DA EXISTÊNCIA DA PESQUISA ACADÊMICA "TENTATIVAS DE SUICÍDIO E SUICÍDIOS EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ: MAGNITUDE, PERFIL E FATORES ASSOCIADOS, 2000 A 2014". TRABALHO ORIENTADO PELO PROFESSOR DR JOSÉ GOMES BEZERRA FILHO E DESENVOLVIDO PELO CAPITÃO QOBM JOSÉ EDIR PAIXÃO DE SOUSA, MESTRANDO EM SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC), CONSIDERANDO A RELEVÂNCIA DA PROPOSTA PARA O ESTADO DO CEARÁ, TENDO RECEBIDO CÓPIA NA ÍNTEGRA DO REFERIDO PROJETO, AUTORIZO A COLABORAÇÃO DESTA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ, PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS NESTA INSTITUIÇÃO, DESDE QUE RESPEITADA A CAUTELA DEVIDA AOS DADOS PESSOAIS DE ENVOLVIDOS DIANTE DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E DA RESOLUÇÃO 466/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (ÉTICA COM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS).

FORTALEZA, 31 DE AGOSTO DE 2015.

  
GEOVANI PINHEIRO DA SILVA – CORONEL QOPM  
COMANDANTE GERAL DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ



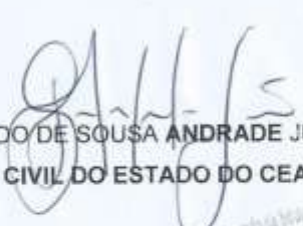
**ANEXO D – ANUÊNCIA POLÍCIA CIVIL**

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO CEARÁ

**CARTA DE ANUÊNCIA**

EU, RAIMUNDO DE SOUSA ANDRADE JÚNIOR, CIENTE DA EXISTÊNCIA DA PESQUISA ACADÊMICA "TENTATIVAS DE SUICÍDIO E SUICÍDIOS EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ: MAGNITUDE, PERFIL E FATORES ASSOCIADOS, 2000 A 2014". TRABALHO ORIENTADO PELO PROFESSOR DR JOSÉ GOMES BEZERRA FILHO E DESENVOLVIDO PELO CAPITÃO QOBM JOSÉ EDIR PAIXÃO DE SOUSA, MESTRANDO EM SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC), CONSIDERANDO A RELEVÂNCIA DA PROPOSTA PARA O ESTADO DO CEARÁ, TENDO RECEBIDO CÓPIA NA ÍNTEGRA DO REFERIDO PROJETO, AUTORIZO A COLABORAÇÃO DESTA POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO CEARÁ, PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS NESTA INSTITUIÇÃO, DESDE QUE RESPEITADA A CAUTELA DEVIDA AOS DADOS PESSOAIS DE ENVOLVIDOS DIANTE DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E DA RESOLUÇÃO 466/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (ÉTICA COM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS).

FORTALEZA, 08 DE setembro DE 2015.

  
RAIMUNDO DE SOUSA ANDRADE JÚNIOR – DELEGADO GERAL  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO CEARÁ

Raimundo de Sousa ANDRADE JUNIOR  
Delegado Geral da Polícia Civil  
do Estado do Ceará




**ANEXO E – ANUÊNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS**

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ

**CARTA DE ANUÊNCIA**

EU, JOÃO CARLOS DE ARAÚJO GURGEL, CIENTE DA EXISTÊNCIA DA PESQUISA ACADÊMICA "TENTATIVAS DE SUICÍDIO E SUICÍDIOS EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ: MAGNITUDE, PERFIL E FATORES ASSOCIADOS, 2000 A 2014". TRABALHO ORIENTADO PELO PROFESSOR DR JOSÉ GOMES BEZERRA FILHO E DESENVOLVIDO PELO CAPITÃO QOBM JOSÉ EDIR PAIXÃO DE SOUSA, MESTRANDO EM SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC), CONSIDERANDO A RELEVÂNCIA DA PROPOSTA PARA O ESTADO DO CEARÁ, TENDO RECEBIDO CÓPIA NA ÍNTEGRA DO REFERIDO PROJETO, AUTORIZO A COLABORAÇÃO DESTA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ, PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS NESTA INSTITUIÇÃO, DESDE QUE RESPEITADA A CAUTELA DEVIDA AOS DADOS PESSOAIS DE ENVOLVIDOS DIANTE DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E DA RESOLUÇÃO 466/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (ÉTICA COM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS).

FORTALEZA, 20 DE agosto DE 2015.

  
JOÃO CARLOS DE ARAÚJO GURGEL – CORONEL QOBM  
COMANDANTE GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO  
DO CEARÁ

João Carlos A. Gurgel - CEL CG BM  
Comandante Geral do CBMCE  
MAT FUNCIONAL: 92361-1-2

**ANEXO F – ANUÊNCIA DA PEFOCE/CEP**

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

**CARTA DE ANUÊNCIA**

EU, RENATO EVANDO MOREIRA FILHO, CIENTE DA EXISTÊNCIA DA PESQUISA ACADÊMICA "TENTATIVAS DE SUICÍDIO E SUICÍDIOS EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ: MAGNITUDE, PERFIL E FATORES ASSOCIADOS, 2000 A 2014". TRABALHO ORIENTADO PELO PROFESSOR DR JOSÉ GOMES BEZERRA FILHO E DESENVOLVIDO PELO CAPITÃO QOBM JOSÉ EDIR PAIXÃO DE SOUSA, MESTRANDO EM SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC), CONSIDERANDO A RELEVÂNCIA DA PROPOSTA PARA O ESTADO DO CEARÁ, TENDO RECEBIDO CÓPIA NA ÍNTEGRA DO REFERIDO PROJETO, AUTORIZO A COLABORAÇÃO DESTA PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ, PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS NESTA INSTITUIÇÃO, DESDE QUE RESPEITADA A CAUTELA DEVIDA AOS DADOS PESSOAIS DE ENVOLVIDOS DIANTE DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E DA RESOLUÇÃO 466/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (ÉTICA COM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS).

FORTALEZA, 14 DE AGOSTO DE 2015.

RENATO EVANDO MOREIRA FILHO – COORDENADOR DE MEDICINA  
LEGAL DA PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

## ANEXO G – DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Suicídios e Tentativas de suicídio em profissionais de segurança pública: magnitude, perfil e fatores associados, 2000 a 2014.

**Pesquisador:** José Edir Paixão de Sousa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50065415.8.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Comunitária

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.292.614

#### **Apresentação do Projeto:**

O presente trabalho destina-se a estudar os casos de tentativas de suicídio, entre os anos de 2010 a 2014, e suicídios consumados, entre 2000 a 2014, em profissionais de Segurança Pública do Estado do Ceará. O estudo é quantitativo, epidemiológico do tipo série de casos, para as tentativas, e série histórica, para os suicídios.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Caracterizar a magnitude, o perfil e fatores de risco relacionados aos casos de suicídios, entre 2000 e 2014, e tentativas de suicídio, entre 2010 e 2014, em profissionais de segurança pública do Estado do Ceará.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com os pesquisadores:

Riscos:

1 - O estudo será feito sobre dados secundários acerca de suicídio, evidencia-se risco de perda de dados e acesso por terceiros, mas a obtenção de dados se fará por meio de assinatura de termo de responsabilidade sobre os mesmos, bem como ética de pesquisa para impedir a referida possibilidade.

Benefícios:

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.292.614

1 - Informação científica para subsidiar políticas públicas de prevenção para atender as diretrizes da OMS de redução de suicídios e tentativas de suicídios no mundo. 2 - Dimensionamento do problema de saúde pública em órgãos estatais de segurança pública. 3 - Produção de literatura científica acerca do tema suicídio no trabalho, campo escasso no recorte mencionado. 4 - Identificação de fatores de risco e de proteção para o suicídio.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante no que concerne os objetos de hipótese, tais como: a taxa de suicídio para a população de profissionais de segurança pública do Estado do Ceará é maior que a taxa de suicídios na população em geral, bem como a Polícia Militar possui a maior taxa de suicídios entre as instituições de segurança pública do Estado do Ceará, as tentativas de suicídio com utilização de arma de fogo apresentam a maior frequência, entre todos os métodos utilizados e os registros de suicídio em profissionais de segurança pública estão associados à doença mental.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os termos de inserção do Projeto de Pesquisa no COMEPE\_UFC.

**Recomendações:**

Aprovado salvo melhor juízo do Conselho de Ética

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_580049.pdf	14/10/2015 12:10:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.docx	13/10/2015 07:07:04	José Edir Paixao de Sousa	Aceito
Outros	Carta_de_Apresentacao_ao_Comite_de_Etica.docx	12/10/2015 15:32:54	José Edir Paixao de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ufcjoseedirprojeto.docx	12/10/2015 09:00:41	José Edir Paixao de Sousa	Aceito
Outros	anuenciacorpodebombeiros.docx	12/10/2015 08:51:52	José Edir Paixao de Sousa	Aceito

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.292.614

Outros	anuenciapericiaforense.docx	12/10/2015 08:51:11	José Edir Paixao de Sousa	Aceito
Outros	anuenciapoliciacivil.docx	12/10/2015 08:43:55	José Edir Paixao de Sousa	Aceito
Outros	anuenciapoliciamilitarceara.docx	12/10/2015 08:43:13	José Edir Paixao de Sousa	Aceito
Outros	anuenciasecretariadesegurancapublica.docx	12/10/2015 08:42:26	José Edir Paixao de Sousa	Aceito
Outros	qualificacao.jpg	08/10/2015 15:34:26	José Edir Paixao de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostojoseedir.docx	08/10/2015 15:13:04	José Edir Paixao de Sousa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 22 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

## ANEXO H –INFORMATIVO DAMPS

Equipe Interdisciplinar do  
Departamento de Assistência  
Médica e Psicossocial da Delegacia  
Geral da Polícia Civil:

- 04 médicos
- 06 assistentes sociais
- 06 psicólogas
- 02 sociólogo
- 01 enfermeira e 02 auxiliares  
de enfermagem
- 01 nutricionista
- 03 fisioterapeutas

Horário de atendimento do DAMPS:  
a partir das 8 h  
Fone de contato: (85) 3101.7367  
Rua do Rosário, 199, 2º andar – Centro  
Fortaleza - CE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA  
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DA  
POLÍCIA CIVIL



DEPARTAMENTO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA E  
PSICOSSOCIAL  
Fortaleza / CE - 2014



## DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PSICOSSOCIAL

### Apresentação

A Delegacia Geral da Polícia Civil, vive hoje o grande desafio de atender as necessidades de segurança pública da população em um contexto onde a violência aumenta dia a dia. O policial civil enfrenta-se diariamente com inúmeras contradições. A ação policial é solicitada sempre em situações que envolvem fortes tensões emocionais, cada indivíduo espera da polícia não uma resposta à segurança coletiva, mas um gesto de acordo com seus interesses pessoais. Naturalmente esse quadro muitas vezes leva o policial a desequilibrar-se psicologicamente trazendo por consequências vários problemas para a instituição e seus familiares. Visando desenvolver um trabalho que seja o contra ponto à esta situação, o Departamento de Assistência Médica e Psicossocial foi implantado em gestões passadas, composto

de profissionais de diversas áreas, tais como: médicos, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros, tendo como proposta principal minimizar situações - problemas nas quais estejam envolvidos policiais, servidores e/ou seus familiares.

### Objetivos

#### Geral :

- Prestar assistência médica e psicossocial a todos os servidores da Delegacia Geral da Polícia Civil e/ou familiares, quer seja através de um trabalho preventivo e educativo ou através de uma intervenção terapêutica.

#### Específicos :

- Fazer levantamento diagnóstico da situação psicossocial dos policiais, servidores e/ou familiares da Delegacia Geral da Polícia Civil de maneira a identificar as necessidades e subsidiar o planejamento das ações.
- Fazer acompanhamento de casos com os policiais, servidores e/ou familiares que apresentarem problemas na área do comportamento humano e social (com processo administrativo, com problemas de alcoolismo, com problemas de relações interpessoais, familiares e outros).
- Prestar atendimento médico de urgência aos policiais, servidores e seus familiares, orientando e encaminhando-os ao Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará - ISSEC ou outras instituições quando se fizer necessário.
- Estabelecer parcerias com outras secretarias e instituições quando se fizer necessário ao melhor atendimento do servidor.
- Formar grupo terapêutico ou de acompanhamento social para trabalhar os problemas psicossociais.
- Manutenção da Creche-Escola para filhos de servidores, na faixa etária de 2 a 5 anos de idade.