

ARTIGO

Prevenção e manejo do comportamento suicida na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro

DOI: doi.org/10.5935/2178-4590.20220007

Cap PM PSI Alexandra Valéria Vicente da Silva

Psicóloga no BOPE

alexandravicente.s@gmail.com

Cap PM PSI Renata Catunda da Silva

Psicóloga no 25º BPM

renatacatundadasilva@gmail.com

Cap PM PSI Cláudia Maria Fernandes dos Santos de Souza

Psicóloga no CFRPM

claudiamfss@gmail.com

Cap PM PSI Renata Pereira da Silva

Psicóloga na DGS

renatasilvarj@icloud.com

Cap PM PSI Rodrigo Abecassis

Psicólogo no PPM/S.J.M.

rodrigoabecassis@gmail.com

Data de submissão: 11/02/2022

Data de aceite: 07/04/2022



RESUMO

O presente artigo trata da construção de um programa para a prevenção e manejo do comportamento suicida na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Demonstra que os índices de suicídio no Brasil e no mundo indicam a gravidade do problema para a saúde pública e a importância da priorização das ações de prevenção, principalmente dentre os profissionais de segurança pública, considerando as taxas de morte por suicídio superiores aos da população em geral. O artigo aborda os principais conceitos e dados relevantes ao tema, por meio de revisão bibliográfica. Por fim, propõe a implantação do programa através de nove etapas, descritas no formato de ações em um cenário multidisciplinar.

Palavras-chave: Polícia Militar; Saúde mental; Comportamento suicida; Prevenção; Segurança pública.

ABSTRACT

This article deals with the construction of a program for the prevention and management of suicidal behavior in the Military Police of the State of Rio de Janeiro. It demonstrates that suicide rates in Brazil and worldwide indicate the seriousness of the problem for public health and the importance of prioritizing prevention actions, especially among public security professionals, considering the higher rates of death by suicide than among the general population. The article addresses the main concepts and data relevant to the theme, by means of a bibliographic review. Finally, it proposes the implementation of the program through nine stages, described in the format of actions in a multidisciplinary scenario.

Keywords: Military police; Mental health; Suicidal behavior; Prevention; Public safety.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é complexo e atravessado por diversos fatores, sendo que o cotidiano do policial militar o expõe naturalmente a muitas dessas situações. Assim, refletir o comportamento suicida em instituições de segurança não significa necessariamente “eliminar os meios” que favoreçam o suicídio, mas principalmente como selecionar, preparar, acompanhar, acolher e cuidar desses profissionais ao longo de sua carreira, de modo a fortalecer os aspectos protetivos ao adoecimento mental e conseqüentemente a prevenção ao comportamento suicida.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2014), cerca de 800 mil pessoas morrem todos os anos por suicídio. Isso significa que aproximadamente a cada 40 segundos, um suicídio acontece no mundo. O equivalente a 1,4% dos óbitos totais. O mesmo documento indica que a média global é de 10,7 por 100 mil habitantes, sendo 15/100 mil entre homens e 8/100mil entre as mulheres.

Botega (2014, p. 231), afirma que os maiores coeficientes de morte por suicídio encontram-se “em países da Europa Oriental; os mais baixos, em países da América Central e América do Sul. Os coeficientes nos Estados Unidos, Austrália, Japão e países da Europa Central encontram-se numa faixa intermediária”.

Os números da OMS (2014) indicam que o Brasil é um dos dez países com maiores números absolutos de suicídios. Botega (2014) esclarece que em 2011, houve 9.852 suicídios oficialmente registrados, ou seja, aproximadamente 27 mortes por dia.

Marín-León, Oliveira & Botega (2012), apresentaram um estudo que mostra que no período entre 2004 e 2010 o coeficiente médio de mortalidade por suicídio no período, no Brasil, foi de 5,7%. Destes, 7,3% no sexo masculino e 1,9% no feminino. Os mesmos autores indicam ainda que os coeficientes de mortalidade por suicídio têm aumentado no país em homens na faixa etária entre 20 e 59 anos. Tais números, associados aos variados fatores de risco vivenciados pelo policial militar em seu cotidiano, sendo o principal deles “o fácil acesso aos meios (armas de fogo e ocorrências com troca de tiros)”, reforçam a relevância de se ter um programa de prevenção e manejo do comportamento suicida especialmente construído para essa população.

Acerca dos afetados pelo suicídio de alguém, o Relatório Mundial sobre Violência e a Saúde (2002), elaborado pela OMS (2002, p.183):

[...] toda pessoa que se suicida deixa para trás muitos outros – familiares e amigos – cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente. Estima-se que os custos relativos à morte autoinfligidas sejam de bilhões de dólares todos os anos [...] (OMS, 2002, p. 183).

Deste modo, é possível inferir acerca do forte impacto da morte por suicídio de um policial militar na própria tropa. Tem-se então, mais um fator de risco associado ao cotidiano deste profissional. O que demanda ações institucionais preventivas e de manejo junto aos afetados na corporação.

Mas foi só na década de 1990 que o fenômeno do suicídio começou a ser tratado como um problema relevante de saúde pública pela OMS, contudo, por estar envolto por tabus, preconceitos e estigmas, as ações preventivas e conseqüentemente o tratamento das pessoas em risco encontram ainda significativas dificuldades.

Para construir efetivamente um programa que contribua para a prevenção ao comportamento suicida na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ), bem como para a prevenção do adoecimento mental, é necessário entender e aceitar que muitas das práticas profissionais vivenciadas, e as relações profissionais experimentadas por esses indivíduos contribuem sim, para o adoecimento mental dos mesmos. Alguns aspectos não podem ser modificados, como por exemplo, desarmar o policial. Mas muitos outros podem ser mitigados, bem como é possível fortalecer vários fatores de proteção associados a saúde mental, bem como gerenciar o risco dos variados fatores precipitantes que atravessam o cotidiano desses profissionais.

Contudo, todas essas ações precisam acontecer de forma ordenada, e integradas à uma visão estratégica que pense a saúde mental do policial militar desde a elaboração do processo de seleção, até o acompanhamento dos eventos com alto potencial traumático experimentados. Ou seja, a saúde mental do policial militar tem que estar prevista no planejamento estratégico da corporação.

As ações da corporação são efetivadas no contexto social através das intervenções desses profissionais. E isso requer uma série de articulações que considere o sujeito como catalisador das mesmas. Investe-se em tecnologia,

inteligência, treinamento, armamento, equipamentos de segurança, resgate médico de emergência, mas como está a saúde mental do indivíduo responsável no emprego de tudo isso?

O comportamento suicida é permeado por muitos fatores de risco que podem ser reforçados e/ou desencadeados ao longo do tempo de serviço nas instituições de segurança. Na maior parte das vezes não há como “impedir” que o policial vivencie algo que, apesar de não ser “natural” está presente em várias situações de trabalho cotidiano, como por exemplo, ficar coberto com sangue e massa encefálica de algum colega de trabalho atingido por arma de fogo durante o serviço ou ter que “resgatar” o coração de um outro atingido por um tiro de fuzil.

Na PMERJ as atividades diárias de intenso conflito contribuem para uma grande exaustão física e mental do seu profissional. A rotina de trabalho possibilita o contato com eventos, “visões” e “odores” que muitos sequer imaginam existir. Voltar pra casa depois de um dia de trabalho e interagir com a família “em outra realidade” pode ser muito difícil.

Mas não apenas isso faz com que esses profissionais se tornem mais vulneráveis ao adoecimento mental e, em muitos casos, ao comportamento suicida. Em 1995, Musumeci e Muniz (1998) realizaram um estudo na PMERJ e identificaram que a taxa de sofrimento psíquico entre os policiais era 7,6 vezes superior à da população em geral, sendo que todas as mortes aconteceram durante o período de folga do policial. Mynaio, Souza e Constantino (2008, p. 224) em pesquisa realizada acerca das condições de trabalho dos policiais militares afirmam que 35,7% destes “sem diferenciação segundo a posição hierárquica” afirmaram vivenciar sofrimento psíquico. Porém,

[...] Oficiais e praças apresentam fatores desencadeantes diferenciados de estresse: enquanto o estresse pós-traumático aparece de maneira recorrente na fala dos policiais da tropa (...) os oficiais comentam sobre um estresse continuado e persistente, decorrente da cobrança da Secretaria de Segurança, da mídia, e das atividades de planejamento das ações. (Ibidem, p. 222)

Miranda (2016) indica outros aspectos que favorecem a ideação e a tentativa de suicídio na PMERJ: pouco apoio recebido do comando geral, escassez de treinamento, baixa oportunidade de ascensão profissional,

qualidade ruim na relação com o comandante do batalhão em que trabalha, e sem reconhecimento profissional pela instituição.

Buscando contribuir para a proposição de mudanças, no que tange a prevenção e o manejo do comportamento suicida na PMERJ, esse grupo de trabalho elaborou o presente programa. O mesmo foi estruturado em nove fases, com diferentes níveis de complexidade. Elas são independentes. Contudo, articulam-se para o alcance do objetivo, qual seja, a prevenção e o manejo do comportamento suicida na corporação. Assim, a efetividade do programa só será alcançada frente a implantação de todas as etapas que o compõe. Do mesmo modo, o desenvolvimento do mesmo necessitará da participação e atuação multidisciplinar, atentando-se aos diferentes níveis de intervenção de cada etapa.

Antes da descrição do programa serão abordados alguns temas que irão auxiliar a contextualizar a importância de que o mesmo seja estruturado através de fases interdependentes. Sendo um fenômeno complexo, uma proposta de prevenção e manejo do comportamento suicida, em uma instituição de segurança também deve buscar estar todo o tempo gerenciando os riscos presentes.

1 BREVE HISTÓRICO

Segundo Carvalho (2017, p. 1), o termo suicídio vem do latim, *suicidare*, e, etimologicamente, *sui*, significa "próprio" e *caedere*, "ação de matar". Esclarece ainda que "O termo foi utilizado pela primeira vez em 1737, por Desfontaines e significa o ato de matar a si mesmo ou morte intencional autoinflingida".

Já Bertolote (2012, p. 15) afirma que a "humanidade conhece o suicídio desde os seus primórdios", estando presente nas mitologias mais antigas conhecidas. O tema "suicídio" perpassa assim a história da humanidade, apresentando diversas formas de compreensão e significado em diversos contextos culturais, históricos e sociais. Em alguns momentos foi encorajado e autorizado, mas em outros foi reprovado e até mesmo penalizado.

A filosofia medieval fez prevalecer uma moral que transformou o suicídio em um crime cometido ao mesmo tempo contra Deus e contra a própria sociedade, pois todo indivíduo tinha um papel social a desempenhar, como

defendido por Aristóteles e São Tomás de Aquino na obra *Suma Teológica* (BERTOLOTE, 2012).

Segundo Botega (2015, p. 18) durante a Idade Média “o cadáver do suicida não poderia ser retirado de casa por uma porta (...) Era posto em um barril e lançado ao rio”. Em outras ocasiões o corpo do suicida “era arrastado por um cavalo até uma forca, onde era pendurado com a cabeça para baixo”. Em muitas ocasiões “as mãos eram decepadas e enterradas separadamente”. Por fim, havendo enterro, estes deveriam “ser feitos em uma estrada ou encruzilhada, nunca no cemitério do povoado” (p.18).

No século XVII, apesar do suicídio ainda ser tratado como algo exclusivo do campo teológico, começa a atrair a atenção de alguns médicos (BERTOLOTE, 2012). Mas foi no século XVIII que o suicídio passou a ser considerado patológico. Para o mesmo autor *ibidem*, foi no século XIX que psiquiatras como Philippe Pinel, Esquirol, e Sigmund Freud postularam que o suicídio decorria de algum “transtorno mental”.

No final do século XIX, Émile Durkheim (2000), considerado o fundador da Sociologia, propôs que o suicídio era um fenômeno predominantemente sociológico. Em 1897, ele publicou a obra *O Suicídio*, na qual buscou diferenciar a Ciência Social, da Psicologia, da Ciência Política e da Filosofia. Bertolote (2012, p. 32) explica que Durkheim propôs a existência de quatro tipos de suicídio:

- a) Suicídio altruísta: aqui o indivíduo sente-se no dever de fazê-lo. Tem-se como exemplo os kamikazes japoneses;
- b) Suicídio fatalista: presente em situações de extremo controle social;
- c) Suicídio egoísta: quando as relações entre os indivíduos e a sociedade se afrouxam, e o indivíduo não vê mais sentido na vida e não tem razão para viver;
- d) Suicídio anômico: é aquele que ocorre quando há ausência de regras na sociedade, fazendo com que a normalidade social não exista.

Mas foi no final dos anos 60 que a Organização das Nações Unidas definiu o comportamento suicida como sendo “um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis” (BOTEGA, 2015, p. 24). Contudo, apenas na década de 90, o mesmo fenômeno começou a ser percebido como um problema de saúde pública.

O mesmo autor explica que “A partir de 2003, em programações conjuntas, a Organização Mundial de Saúde e a Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio (IASP) passaram a celebrar, no dia 10 de setembro, o dia mundial de prevenção de suicídio” (ibidem, 2015, p. 25).

2 CONCEITO

O comportamento suicida é definido pela OMS (2014) como qualquer ato pelo qual um indivíduo causa lesão em si mesmo, independente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Trata-se assim, de uma ação deliberada, intencional e que busca causar a própria morte. O ato é iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (e deseja isso) de que dele resulte a morte. Para a compreensão do conceito, a intencionalidade de findar a vida por quem o comete é o fator principal para a determinação do mesmo.

Para Bertolote (2012, p. 21) o suicídio é um processo que se inicia com:

Considerações mais ou menos vagas sobre a morte e sobre morrer (ideação suicida), as quais podem adquirir consistência (persistentes ou recorrente, flutuante), evoluir para a elaboração de um plano (plano suicida) e culminar num ato suicida, cujo desfecho pode ser fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014, p. 07), o conceito comportamento suicida abarca ainda “os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio”. Deste modo, o estudo do comportamento suicida não está restrito ao ato efetivo de se fazer morrer. Implica ainda uma série de atitudes sobre o “querer morrer”. A esse respeito, Cassorla (2018, p. 29), explica que “o suicida não procura a morte (...), mas está em busca de outra vida, fantasiada em sua mente. (...) o indivíduo que quer morrer deseja também viver”.

Para Cassorla (2018, p. 30),

Essa ambivalência faz parte do conflito, tanto de forma consciente quanto – e principalmente – inconsciente. A forma como a pessoa será ajudada ou a falta de ajuda adequada influenciarão a direção que será tomada. O profissional de saúde buscará meios de fortalecer a parte que deseja viver e, ao mesmo tempo, combater a que deseja morrer.

Botega (2014, p. 233), afirma que “as tentativas de suicídio superam o número de suicídios em pelo menos dez vezes”. Porém, ele também esclarece que os registros sobre tal fenômeno são tão difíceis de se levantar quanto os do próprio suicídio. Os números identificados no Brasil vieram de um estudo realizado pelo autor por solicitação da OMS, na área urbana do município de Campinas, em 2003. O estudo mostrou que “ao longo da vida, 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em pôr fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. De cada três pessoas que tentaram se suicidar, apenas uma foi, logo depois, atendida em um pronto-socorro (BOTEGA et al., 25(12): p. 2634, 2009).

3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA NO BRASIL E NO MUNDO

O suicídio é um fenômeno complexo e multideterminado e assim, envolve a interação de variados fatores: genéticos, ambientais, socioculturais, psiquiátricos e psicológicos (BOTEGA, 2015). Dados da OMS (2014) mostram que o suicídio se encontra entre as primeiras dez causas de morte no mundo, e é a segunda causa de morte no planeta entre jovens de 15 a 29 anos; no Brasil é a 4ª causa de morte para a mesma faixa etária. No entanto, mais de 70% das pessoas que morrem por suicídio têm mais de 40 anos e a frequência aumenta nos maiores de 60 anos, principalmente nos homens. Entre pessoas com mais de 70 anos, a média é de 8,9 mortes por 100 mil habitantes (OMS, 2014).

Em contraste, as tentativas de suicídio são mais frequentes antes de chegar à meia-idade. Sendo as tentativas de suicídio em um maior número entre mulheres jovens e solteiras. E embora as mulheres tentem suicídio com uma frequência três vezes superior à dos homens, estes consumam o suicídio numa proporção quatro vezes superior à delas. Assim, no Brasil o suicídio é a 3ª causa de morte entre os homens e a 8ª causa de morte entre as mulheres. Seguindo, as pessoas casadas têm menos probabilidades de tentar ou efetivar um suicídio do que as pessoas separadas, divorciadas ou viúvas que vivem sozinhas. Os suicídios são mais frequentes entre os familiares de quem já fez uma tentativa ou já se suicidou, e o suicídio acontece com menor frequência entre os membros de grupos religiosos. Logo, parece que estes se apoiam em suas crenças e possuem mais laços sociais que os protegem.

As taxas de suicídio também são maiores nas áreas urbanas do que nas rurais. Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2019), entre 2007 e 2016 foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 106.374 óbitos por suicídio no Brasil. Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa. Hoje o Brasil é 8º país com mais suicídios no mundo em números absolutos. Entre índios é encontrada a taxa mais alta: 15,2 por 100 mil. O que significa quase três vezes mais que a média nacional. O mesmo boletim alerta para a importância da “redução do tempo de acesso ao atendimento na rede de saúde (...), o acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial pós-tentativa de suicídio, tanto para o indivíduo como para os seus familiares e pessoas próximas que tenham sido afetadas” para a elevação das “chances de que os desfechos das tentativas não sejam fatais” (p. 10).

4 MÉTODOS DE SUICÍDIO

A prevenção ao comportamento suicida perpassa o conhecimento acerca dos principais métodos utilizados na busca do suicídio. Isto deve ocorrer, pois, irá permitir a elaboração de estratégias que dificultem ações decorrentes de comportamentos impulsivos, oferecendo “mais tempo” para que a rigidez mental, uma das características presentes no pensamento das pessoas que buscam o suicídio, diminua. Deve-se observar ainda que os meios escolhidos refletem também a cultura vivenciada pelo sujeito, bem como o tipo de acesso que possui aos meios, seja por aspectos profissionais, ou não. Botega (2015, p. 49) esclarece que “Na Inglaterra e na Austrália, predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos a arma de fogo; na China e no Sri Lanka, o envenenamento por pesticidas”.

O mesmo autor *ibidem* (p. 49) explica que no Brasil “a própria casa é o local onde o suicídio ocorre de forma mais predominante (51%), seguida por suicídios em hospitais (26%). Os métodos mais empregados em ordem de frequência são:

- a) enforcamento, 47%;
- b) armas de fogo, 19%;
- c) envenenamento, 14%.

Entre os homens o enforcamento surge em 49% dos casos, seguido pelo uso de armas de fogo, 17%, e o envenenamento por pesticidas em 5%.

Com as mulheres há também um predomínio de enforcamento em 49% das ocorrências, vindo em seguida a inalação de fumaça/fogo em 9% dos casos, precipitação de altura em 6%, e envenenamento por pesticidas em 5% dos casos.

5 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Fatores de risco e de proteção ao comportamento suicida Conhecer os fatores de risco e de proteção ao comportamento suicida é fundamental para a proposição de ações preventivas e de manejo do fenômeno. Do mesmo modo, contribui para que os profissionais de saúde identifiquem e/ou analisem o risco existente para o suicídio em pacientes que buscam atendimento, seja qual for a área clínica/social.

Contudo, como já foi visto, o suicídio é um fenômeno multicausal. Não é possível determinar a ocorrência do mesmo apenas pela presença de um, ou de vários fatores de risco. A presença dos fatores de risco deve ser avaliada na interação com os fatores de proteção, e com os possíveis fatores precipitantes. Este último é o responsável pelo desencadeamento do suicídio, mas é apenas a parte observável do fenômeno.

Explicando um pouco mais o assunto, Bertolote (2012) menciona a necessária diferenciação entre os fatores de risco predisponentes (condições genéticas, biológicas, psicossociais etc. que favorecem a morte por suicídio), e os fatores de risco precipitantes (situações que irrompem a existência e o psiquismo do sujeito, superando sua capacidade momentânea de lidar com a situação de crise). Botega (2015) e Bertolote (2012) separam os fatores de risco em grupos: fatores sociodemográficos, transtornos mentais, fatores psicossociais, condições clínicas incapacitantes e "outros".

A fim de auxiliar a identificação de algumas dessas condições foi montado o quadro a seguir:

Quadro 1: Fatores de Risco ao Comportamento Suicida

Transtornos mentais	Sociodemográficos		Psicossociais	Condições clínicas incapacitantes	Outros
Transtornos do humor	Sexo masculino		Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante	Doenças orgânicas incapacitantes	Acesso a meios letais (arma de fogo, venenos, medicamentos)
Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas	Adultos jovens (19 a 49 anos) Idosos		Perdas (ou separação) de figuras parentais na infância	Dor crônica	
Transtornos de personalidade	Extratos econômicos extremos		Dinâmica familiar conturbada	Lesões desfigurantes perenes	
Esquizofrenia	Residentes em áreas urbanas		Datas importantes	Epilepsia	
Transtornos de ansiedade	Desempregados (principalmente perda recente do emprego)		Reações de aniversário	Trauma medular	
Histórico familiar de doença mental	Aposentados		Personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade	Neoplasias malignas	
Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental	Ateu		Pouca resiliência emocional	AIDS	
Ideação ou plano suicida	Solteiros Separado Viúvo	Principalmente entre homens	Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância	Falta de adesão ao tratamento	
Tentativa de suicídio anterior	Imigrantes		Desesperança, desespero e desamparo	Agravamento ou recorrência de doenças preexistentes	
Histórico familiar de suicídio	Sem filhos		Falta de apoio social		
	Grupos étnicos minoritários		Viver em isolamento social		
	Orientação homossexual ou bissexual		Baixa autoestima		
			Desemprego		
			Passagem para a aposentadoria		

Transtornos mentais	Sociodemográficos	Psicossociais	Condições clínicas incapacitantes	Outros
		Vergonha, humilhação – (bullying)		
		Baixa flexibilidade para enfrentar as adversidades		
		Rigidez cognitiva; pensamento dicotômico		

Fonte: Elaboração própria.

Na avaliação para o risco do suicídio os fatores mais relevantes são a tentativa anterior e a presença de algum transtorno mental. Apesar de já ter sido mencionado, é importante destacar que no universo policial é possível encontrar muitos aspectos que contribuem para o aumento do risco do comportamento suicida. Alguns destes são intrínsecos à profissão, como por exemplo, o fácil acesso a armas de fogo, e outros, como algumas representações construídas e fortalecidas pela cultura institucional, com o lema “só quem gosta do policial é a própria mãe”.

6 FATORES DE PROTEÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Botega (2015, p. 90) afirma que os fatores de proteção ao suicídio são aqueles que “conduzem a uma vida mais saudável e produtiva, com maior sensação de bem-estar”. Tais aspectos ainda “relacionam-se a habilidades cognitivas, à flexibilidade emocional e à integração social”.

O mesmo autor apresenta três eixos aos quais os fatores de proteção podem ser prioritariamente alocados: personalidade e estilo cognitivo; estrutura familiar; fatores socioculturais e “outros”. A seguir serão listados alguns destes fatores, que foram complementados com outros sugeridos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através da cartilha publicada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014).

Quadro 2: Fatores de Proteção ao Suicídio

Personalidade e Estilo Cognitivo	Estrutura Familiar	Fatores Socioculturais	“Outros”
Flexibilidade cognitiva	Bom relacionamento interpessoal	Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos)	Gravidez desejada e planejada; puerpério
Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes	Senso de responsabilidade em relação à família	Adesão a normas socialmente compartilhadas	Boa qualidade de vida
Disposição para buscar ajuda	Crianças pequenas na casa	Religiosidade; Práticas religiosas e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais)	Regularidade do sono
Abertura à experiência de outrem	Pais atenciosos e consistentes	Rede social que propicia apoio prático e emocional	Boa relação terapêutica
Habilidade para se comunicar	Apoio em situações de necessidades	Estar empregado	Razão para viver Ter um propósito de vida
Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade	Bom suporte familiar	Disponibilidade de serviços de saúde mental	
Habilidade para solucionar problemas de vida			
Autoestima elevada			

Fonte: Elaboração própria.

7 MITOS ACERCA DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Falar em suicídio muitas vezes pode evocar uma série de pensamentos e “certezas” que mais contribuem para o aumento do sofrimento, distanciando o indivíduo da possibilidade de compreender que precisa e que pode ser ajudado.

Botega (2014, p. 232) afirma que os transtornos mentais estão presentes na maior parte dos casos de suicídio. Segundo o mesmo autor, “Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental”.

Os variados saberes que envolvem o universo consensual acerca do comportamento suicida muitas vezes são revestidos de preconceitos e estigmas sobre o adoecimento mental e, conseqüentemente no que tange o comportamento suicida.

A cartilha publicada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) explicita algumas afirmativas que dificultam a compreensão do fenômeno pela maior parte da população, bem como contribuem para que os sujeitos adoecidos não sejam adequadamente acolhidos e cuidados. Abaixo foi elaborado um quadro com alguns mitos sobre o suicídio, acompanhada da correta compreensão (“verdade”) acerca dos fatos.

Quadro 3: Mitos sobre o suicídio

Mitos	Verdades
O suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito a exercer o seu livre arbítrio.	FALSO. Os suicidas estão passando quase invariavelmente por uma doença mental que altera, de forma radical, a sua percepção da realidade e interfere em seu livre arbítrio. O tratamento eficaz da doença mental é o pilar mais importante da prevenção do suicídio. Após o tratamento da doença mental, o desejo de se matar desaparece.
Quando uma pessoa pensa em se suicidar terá risco de suicídio para o resto da vida.	FALSO. O risco de suicídio pode ser eficazmente tratado e, após isso, a pessoa não estará mais em risco.
As pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas chamar atenção.	FALSO. A maioria dos suicidas fala ou dá sinais sobre suas ideias de morte. Boa parte dos suicidas expressou, em dias ou semanas anteriores, frequentemente aos profissionais de saúde, seu desejo de se matar.
Se uma pessoa que se sentia deprimida e pensava em suicidar-se, em um momento seguinte passa a se sentir melhor, normalmente significa que o problema já passou.	FALSO. Um dos períodos mais perigosos é quando se está melhorando da crise que motivou a tentativa, ou quando a pessoa ainda está no hospital, na sequência de uma tentativa. A semana que se segue à alta do hospital é um período durante o qual a pessoa está particularmente fragilizada. Como um preditor do comportamento futuro é o comportamento passado, a pessoa suicida muitas vezes continua em alto risco.
Não devemos falar sobre suicídio, pois isso pode aumentar o risco.	FALSO. Falar sobre suicídio não aumenta o risco. Muito pelo contrário, falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem.
É proibido que a mídia aborde o tema suicídio.	FALSO. A mídia tem obrigação social de tratar desse importante assunto de saúde pública e abordar esse tema de forma adequada. Isto não aumenta o risco de uma pessoa se matar; ao contrário, é fundamental dar informações à população sobre o problema, onde buscar ajuda etc.
Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta.	FALSO. Todas as ameaças e tentativas de suicídio devem ser levadas a sério.
Só as pessoas com distúrbios mentais cometem suicídio.	FALSO. Diante de uma crise emocional, com a qual a pessoa momentaneamente não percebe meios de enfrentamento ela pode sim vir a cometer suicídio.

Mitos	Verdades
O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)	FALSO. O comportamento suicida, com todas as suas variações, bem como o suicídio referem-se a uma pessoa adoecida. O indivíduo não deseja morrer, mas apenas lidar com uma dor, com um sofrimento com o qual não percebe outra maneira de solução.
Quem quer se matar ou está deprimido e não posta fotos no Facebook.	FALSO. Comportamento suicida e depressão não necessariamente são sinônimos de aparência triste e pesada.

Fonte: Elaboração própria.

8 COGNIÇÃO E ESTADOS MENTAIS ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Segundo Botega (2015, p. 12) na crise suicida:

Há a exacerbação de uma doença mental existente, ou uma turbulência emocional que, sucedendo um acontecimento doloroso, é vivenciada como um colapso existencial. Ambas as situações provocam dor psíquica intolerável e, como consequência, pode surgir o desejo de interrompê-la por meio da cessação do viver.

De modo geral Botega (2015) explica que os estados mentais que mais se associam ao suicídio são:

- Psychache, refere-se à uma dor intolerável e percebida como interminável;
- Rigidez/constricção mental, a consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Percebem o suicídio como única solução e não são capazes de identificar outras maneiras de enfrentar o problema que desencadeou o comportamento suicida;
- Impulsividade, o suicídio pode ser também um ato impulsivo, e como qualquer outro impulso pode ser transitório, durando alguns minutos ou horas. Por isso deve-se investir no treinamento dos profissionais das forças de segurança pública para uma intervenção pautada na escuta e acolhimento sempre que a situação assim o permitir. Procurando ouvir e acalmar o sujeito, ganhando tempo, para que a impulsividade diminua e assim também o risco de suicídio naquele momento.

- Agressividade, eventualmente também é possível observar relatos de explosões de raiva e a descrição de atos violentos na fala de pessoas que apresentam comportamento suicida.
- Ansiedade, inquietude e insônia, os três aspectos podem ser observados nos relatos, e o controle dos mesmos é fundamental para o tratamento de pessoas em risco de suicídio.
- Ambivalência, é atitude interna característica das pessoas que pensam em suicídio. Ao mesmo tempo em que querem a morte, também querem viver. E é justamente isso que possibilita a prevenção do suicídio.
- Desesperança, é um dos sentimentos mais associado ao suicídio.
- Vergonha e vingança, o autor reforça a importância de que sentimentos, de culpa, de vingança e expiação sejam considerados para análise do risco de suicídio.

Cassorla (2018, p.10) afirma que:

A mente do suicida é como a mente de qualquer pessoa, com a pequena diferença de que alguns mecanismos se tornaram mais intensos ou passaram a interagir entre si de tal forma que causam um sofrimento que pode ser sentido como insuportável.

De modo a propor um resumo do que foi visto anteriormente, Botega (2015) apresenta a “Regra dos Ds”. Refere-se a estados mentais que quando observados em uma entrevista são forte indícios de sofrimento mental.

Quadro 4: Regra dos Ds

Ds	Dor Psíquica (psychache)
	Desespero
	Desesperança
	Desamparo
	Depressão
	Dependência química
	Delírio
	Delirium

Fonte: Elaboração própria.

9 PREVENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: CONCEITO, NÍVEIS E MODELOS:

Rouquayrol, Goldbaum e Santana (2013) explicam que a prevenção em saúde pública é uma ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. Bertolote (2012, p. 81) diz então que “as medidas preventivas dependem estritamente da causa em questão, o que significa que só se pode falar de prevenção intencional quando a etiologia de uma doença é conhecida”. No caso do comportamento suicida, como já observado, não existe uma etiologia única, o que contribui para a complexidade das ações que buscam diminuir o risco.

Acerca da prevenção em saúde pública, um breve estudo dos Cadernos de Atenção Primária da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (2013), esclarece que as ações de medicina preventiva podem ser divididas em três fases:

- a) **Primária:** inclui ações que visam impedir a ocorrência das doenças antes que elas se instalem/desenvolvam;
- b) **Secundária:** aqui as ações já ocorrem em situações nas quais o processo de doença já existe. Espera-se favorecer uma melhor evolução clínica do indivíduo, bem como interromper ou reduzir a disseminação da doença;
- c) **Terciária:** as ações são direcionadas para os indivíduos nos quais o quadro patológico já evoluiu a ponto de se manifestar de forma estável e crônica.

A prevenção ao comportamento suicida segue o mesmo princípio daquelas previstas para a medicina preventiva. Contudo, como no comportamento suicida há uma variedade de fatores sobrepostos, a literatura clássica menciona a “prevenção baseada em nível de risco” (BERTOLOTE, 2012). Nessa perspectiva também existem três níveis de prevenção:

- a) **Prevenção universal:** destinada a toda a população, independentemente da existência ou não de risco para o suicídio;
- b) **Prevenção seletiva:** direcionada aos sujeitos que já apresentam um nível considerado baixo ou médio para o suicídio;

- c) **Prevenção indicada:** dirigida aos grupos/indivíduos com um alto risco para o suicídio.

Um programa de prevenção ao comportamento suicida em instituições de segurança pública, mais especificamente na PMERJ deverá sempre considerar a necessidade que os mesmos sejam pensados de modo estratégico e integrado. Miranda (2016) afirma que “a prevenção do comportamento suicida no ambiente organizacional da PMERJ pode ser feita através de três tipos de programas, a saber: institucional; situacional e integrada”.

Para a mesma autora (ibidem, p. 92),

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

A prevenção institucional segundo Miranda (2016) deverá buscar propor alterações na cultura organizacional, de modo a favorecer o fortalecimento da autoestima do policial militar e contribuindo para melhores níveis de resiliência emocional. E ela deverá ser desenvolvida nos níveis primário, secundário e terciário. A mesma autora (ibidem) explica ainda que a prevenção situacional se destina a alterar os diversos aspectos do universo laboral que podem, a médio e longo prazo contribuir para o adoecimento mental do policial. Desde a seleção, treinamento, uso de tecnologia e equipamentos, valorização profissional e acesso a saúde entre outros. Miranda (2016, p. 96) propõe o nível da prevenção integrada para a PMERJ, visto que “Cada dimensão política interage com as demais formando uma estrutura interdependente. O diagnóstico do sofrimento psíquico social de policiais da PMERJ mostrou que fatores institucionais, organizacionais e individuais estão associados ao comportamento suicida”.

Miranda (2016, p. 97) afirma que “o desenho da política de prevenção do comportamento suicida entre agentes de segurança deve compor seis dimensões integradas”, e que estas “se comunicam na medida em que podem ser fatores protetivos das violências autoinfligidas na instituição”. A saber:

- a) Melhoria da infraestrutura das unidades;
- b) Incentivo à gestão administrativa humanizada;

- c) Formação e treinamento baseado nos preceitos da prevenção;
- d) Atenção ao policial que tenha se envolvido em ocorrências de risco e experiências traumáticas;
- e) Incentivo à promoção da imagem social da polícia militar;
- f) Assistência à saúde mental.

O comportamento suicida nas instituições de segurança pública: o que se sabe?

Apesar de já ser abordado alguns aspectos acerca do comportamento suicida em instituições de segurança pública, incluindo-se também alguns dados referentes à PMERJ, este tópico buscará atualizar algumas informações sobre o fenômeno. O Boletim GEPESP (2019) afirma que “o número de suicídios entre agentes de segurança no Brasil mais que dobrou em 2018. Foram 53 casos em 2018 e 25 registros em 2017. O número de tentativas de suicídio informados também aumentou, passando de seis casos para 14 em 2018”. Contudo, o 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019), complementa com outros números para o mesmo período de 2018, e estes indicam que o suicídio entre policiais (104) foi maior do que o número de agentes mortos em serviço (87).

Em 2020 os números apresentados no Boletim IPPES acerca da “Notificação de Mortes Violentas Intencionais entre Profissionais de Segurança Pública no Brasil” indicam um crescimento dos números no período entre 2017 e 2019. Contudo, os autores do referido Boletim afirmam não saber se o aumento das notificações se deve ao crescimento do número de participantes no grupo de notificação do GEPESP/IPPES ou se houve um incremento do quantitativo de mortes violentas intencionais e de tentativas de suicídios de profissionais de segurança no país. O crescimento das notificações em 2019 foi quase 10 vezes superior ao do ano 2017.

O Boletim (2020) apresenta ainda, em ordem decrescente, os números de suicídio notificados entre os profissionais de segurança:

- São Paulo: 15 suicídios e 8 homicídios seguidos de suicídio;
- Rio de Janeiro: 13 suicídios;
- Ceará: 7 suicídios e 01 homicídio seguido de suicídio;
- Minas Gerais: 10 suicídios;
- Bahia: 06 suicídios e 01 homicídio seguido de suicídio;

- Rio Grande do Sul: 03 suicídios e 01 homicídio seguido de suicídio;
- Piauí, Tocantins e Rondônia: 03 suicídios, em cada instituição;
- Maranhão, Paraná e Distrito Federal: com 02 suicídios em cada Unidade Federativa;
- Paraíba, Acre, Amapá, Espírito Santo, Santa Catarina, Sergipe, Mato Grosso do Sul e Pernambuco: com 01 suicídio em cada um dos estados.

Os organizadores do Boletim (2020) sugerem que a justificativa para tal disparidade entre os números coletados se refere à coleta de dados, uma vez que tais informações ainda são levantadas de modo informal. Em 2019, a Ouvidoria da Polícia do Estado de São Paulo, em parceria com o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Regional de Psicologia de SP, e ainda tendo como consultoras técnicas as psicólogas Karina Okajima Fukumitsu e Juliana Martins, bem como a socióloga Dayse Miranda publicaram a pesquisa “Uma Análise Crítica sobre o suicídio policial”. Os resultados da pesquisa feita sugerem que o suicídio policial naquele estado já pode ser considerado epidêmico, tendo uma taxa bienal de suicídio nas polícias de aproximadamente 23,9. Sendo a taxa de suicídio na Polícia Militar em média, de 21.7.

Uma das maiores dificuldades no estudo do suicídio nas instituições de segurança pública refere-se ao levantamento dos dados. Miranda e Guimarães (2016, p. 3) esclarecem que as “disparidades entre as estatísticas de suicídio policial devem-se, com frequência, a problemas metodológicos”. Tais problemas são assim descritos pelas autoras: dificuldade para acessar as informações institucionais, e até mesmo a inexistência da informação; quando os números existem, muitas vezes a instituição não aceita compartilhar a informação com equipes acadêmicas; não existem também estimativas populacionais de policiais, o que dificulta o cálculo da taxa de mortalidade por suicídio. E por fim, as autoras apontam o problema da dificuldade na classificação da causa da morte.

Miranda e Guimarães (2016, p. 6) esclarecem ainda que em um estudo feito por Miranda (2012),

A autora, ao investigar as estatísticas de mortalidade por suicídio na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ), concluiu que o fenômeno também não é estável. A Seção de Recursos Humanos do Estado Maior da PMERJ informou que, entre 1995 e 2009, foram notificados 58 suicídios consumados e 36 tentativas, totalizando 94 casos envolvendo policiais militares da ativa. As taxas de suicídios e de tentativas na instituição são pouco confiáveis. Entre 1995 e 2005, a taxa de suicídio na PMERJ variou entre 30,9 e 3,5 por 10 mil policiais da ativa. No mesmo período, a taxa de tentativa de suicídio na corporação oscilou entre 14,1 e 2,8 por

10 mil policiais militares. É interessante ressaltar que em 2004 não houve nenhum registro de morte por suicídio ou tentativa de suicídio na PMERJ, de acordo com a Seção de Recursos Humanos da instituição.

Com o que foi visto até agora fica mais claro entender que para ser possível desenvolver ações de prevenção e manejo do comportamento suicida não bastará apenas uma equipe com médicos, psicólogos, assistentes sociais e capelães. O fenômeno é complexo, e parece ficar mais difícil de ser abordado em instituições de segurança pública. O cotidiano de trabalho dessas instituições demanda enfrentamento e coragem ante as variadas adversidades com as quais os policiais, nas diferentes graduações e patentes se deparam. E será essa mesma postura a necessária para a corporação lidar com o problema do comportamento suicida entre os seus.

Para cuidar, acolher e prevenir será necessário conhecer e não culpabilizar, mas entender que o suicídio é um forte sinal de que há na tropa, em variados níveis, pessoas adoecidas. Profissionais competentes que podem ser tratados e assim permanecer junto à família, bem como ainda capazes de continuar a exercer suas funções laborais. A seguir será apresentada a proposta para a criação de um programa de prevenção e manejo do comportamento suicida na corporação.

10 PROPOSTAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO “PROGRAMA DE PREVENÇÃO E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO”

O objetivo geral destas propostas é elaborar um programa para a prevenção e manejo do comportamento suicida junto aos profissionais da PMERJ. Os objetivos específicos são:

1. Contribuir para o desenvolvimento de ações institucionais para a prevenção e manejo do comportamento suicida na corporação;
2. Conhecer a magnitude do comportamento suicida na PMERJ;
3. Favorecer a diminuição dos números de comportamentos suicidas na instituição;
4. Elevar quantitativamente e qualitativamente as oportunidades de escuta e acolhimento ao policial em sofrimento mental, bem como ao seu familiar;

5. Fomentar ações que busquem favorecer a elevação da autoestima do policial militar;
6. Desenvolver a resiliência psicológica do policial militar;
7. Auxiliar a recuperação do policial em sofrimento mental.

Metodologia:

A elaboração do presente estudo foi feita através de revisão bibliográfica. A seguir estão descritas as etapas do programa, apresentadas em forma de objetivos. Posteriormente cada uma delas será devidamente fundamentada. Destaca-se, porém, que para a efetiva implantação do programa será necessário visitar cada uma das etapas no futuro, transformando-as efetivamente em ações em uma perspectiva multidisciplinar.

As etapas do Programa correspondem a:

- a)** Criação um grupo de estudos para o desenvolvimento de temas referentes a prevenção e manejo do comportamento suicida no contexto da segurança pública nacional, observando-se as especificidades de atuação da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ);
- b)** Promover a sensibilização da tropa quanto aos temas associados à saúde mental, sofrimento psíquico e comportamento suicida;
- c)** Desenvolver pesquisas que busquem identificar os principais fatores de risco e de proteção vivenciados pelos policiais militares em âmbito social, familiar e institucional ao adoecimento mental, de modo a construir ações de intervenção mais específicas para a família policial militar;
- d)** Capacitar os profissionais de saúde (DGS/ DGO), serviço social (DAS) e capelania (DGP/SAR - Serviço de Assistência Religiosa) para identificação e manejo do comportamento suicida;
- e)** Formar multiplicadores entre os profissionais combatentes, para que estes possam promover a prevenção ao adoecimento mental e ao comportamento suicida nas unidades em que atuam;

- f)** Fomentar ações para a prevenção ao comportamento suicida e promoção da saúde mental;
- g)** Proposição de um programa que apoie o profissional de segurança pública na passagem para a inatividade;
- h)** Organização e divulgação de documentos técnicos, baseados nos estudos realizados, de modo a fomentar a elaboração de políticas institucionais de prevenção ao adoecimento mental a ao comportamento suicida na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro;
- i)** Promover fóruns de discussões/ seminários sobre saúde mental e o comportamento suicida em instituições de segurança, de forma a contribuir com o desenvolvimento e fortalecimento do tema em âmbito nacional e internacional.

ETAPA 1: Estruturação do grupo de estudos para prevenção ao comportamento suicida e promoção da saúde mental na PMERJ.

A criação do grupo é essencial para implantação de todo o programa. As ações que integram a presente proposta complementam-se em um *continuum* e para que isso ocorra precisam estar articuladas. Uma equipe multiprofissional, interessada no tema, terá condições para propor e viabilizar a ações. É importante observar que tal equipe não é destinada ao “atendimento clínico” de pessoas em comportamento suicida. O que não impede que eventualmente possam oferecer apoio. Porém, reduzir as ações do grupo unicamente ao atendimento ambulatorial significará permanecer atrás das estatísticas que indicam o aumento do número de óbitos por suicídio entre policiais militares.

- O objetivo do grupo: Construir e organizar conhecimento acerca do fenômeno do comportamento suicida, principalmente o que tange as forças de segurança pública, de modo a propor ações que contribuam para a melhoria da saúde mental do policial militar, bem como contribuir para a diminuição dos riscos para o comportamento suicida entre os seus profissionais.
- Integrantes: Profissionais da instituição interessados em estudar o fenômeno do comportamento suicida.
- Funções são:

- o Realizar estudos/ pesquisas com diferentes abordagens metodológicas, para a uma melhor compreensão do fenômeno do suicídio na corporação;
- o Fornecer fundamentação teórica para as ações de mitigação, prevenção, e tratamento ao comportamento suicida a serem realizadas pela instituição;
- o Promover ações de sensibilização da tropa/ gestores. o Avaliar e sugerir a criação de parcerias com instituições de ensino e/ou pesquisa que contribuam para o desenvolvimento das pesquisas institucionais;
- o Sugerir ações de enfrentamento ao comportamento suicida na corporação, frente aos resultados das pesquisas realizadas;
- o Construção de redes de apoio para o policial militar que já tenha tentado suicídio.

ETAPA 2: Sensibilização da Família Policial Militar frente aos conceitos associados a saúde mental, sofrimento psíquico e comportamento suicida.

Apesar do grande avanço, como mencionado anteriormente, o tema “suicídio” infelizmente ainda é tratado como um tabu em todo o contexto social. Assim, não seria diferente no interior das instituições de segurança pública. Contudo, aqui, por estarmos constantemente “armados”, ou seja, portando armas de fogo (o que não poderia ser de outro modo), é necessário que haja urgência em trazer luz ao tema. Só assim será possível realmente prevenir o comportamento suicida. Infelizmente nem sempre impediremos um suicídio entre os nossos, mas é possível trabalhar para esclarecer, acolher e cuidar de muitos.

Esta etapa do programa pretende abordar a desnaturalização dos eventos violentos para a saúde mental do profissional de segurança pública, sensibilizar praças e oficiais a respeito dos 20 principais fatores associados ao risco de suicídio, destacando-se a importância do acolhimento frente ao sujeito em sofrimento mental. Deste modo, pretende-se diminuir o tempo de afastamento do policial militar por transtornos mentais, bem como elevar os níveis de resiliência emocional frente aos eventos adversos vivenciados no cotidiano profissional.

O objetivo desta etapa é contribuir para a sensibilização quanto ao tema saúde mental/comportamento suicida, elevando o nível de conhecimento acerca dos aspectos que atravessam o adoecimento mental, bem como acerca daqueles que contribuem para os melhores níveis. Do mesmo modo, buscar-se-á esclarecer as crenças que dificultam e/ou impedem a correta abordagem e tratamento, favorecendo a diminuição de possíveis preconceitos acerca do tema.

- Metodologias: deverão ser organizadas palestras, rodas de conversa, seminários, cursos, e outras estratégias que contribuam para o alcance dos objetivos.
- Público Alvo: policiais militares de todos os níveis estratégicos da corporação.

ETAPA 3: Pesquisas para levantamento dos principais aspectos associados ao adoecimento mental/comportamento suicida na corporação.

Uma das grandes dificuldades encontradas ao estudar o tema “suicídio” refere-se aos dados. De modo geral são escassos e/ou subnotificados. É necessário que a instituição atualize as notificações junto ao Ministério da Saúde, bem como que monte o seu próprio banco de dados para que possa analisar e intervir junto ao fenômeno de modo mais efetivo, tendo como objetivo identificar os principais aspectos associados ao comportamento suicida na instituição policial militar e tendo como participantes os policiais militares.

ETAPA 4: capacitação dos profissionais de saúde, serviço social e capelania para identificação e manejo do comportamento suicida.

A capacitação de todo o corpo de saúde, serviço social e capelania da corporação para a correta identificação e manejo dos sinais/ sintomas que indiquem a presença de sofrimento mental permitirá alçar a prevenção ao comportamento suicida em todos os níveis de atenção à saúde na corporação. Estudos mostram que 45% dos que morreram por suicídio foram atendidos por profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) no mês anterior a sua morte. Destes, 19% se consultaram com um profissional de saúde mental.

A participação da capelania permitirá estender a rede de prevenção ao adoecimento mental, bem como a de apoio ao policial. Estar associado a algum grupo religioso, bem como o sentimento de pertença à uma determinada crença

religiosa são significativos fatores de proteção como já mencionado por diversos autores (BERTOLOTE, 2012; BOTEGA, 2015; MIRANDA, 2016).

BOTEGA *et al.* (2009) explica que as equipes de atenção básica por manterem proximidade com a comunidade podem detectar precocemente alguns transtornos mentais, avaliar a rede de proteção social de pacientes em risco de suicídio, propor estratégias de reforço para essa rede, bem como encaminhar casos mais específicos para um serviço de saúde mental, entre outras ações.

Várias doenças mentais se associam ao suicídio, sendo a existência de um transtorno mental e a existência de tentativa de suicídio os principais fatores de risco para uma nova tentativa/ suicídio. Deste modo, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes para a diminuição do risco de novas tentativas.

- **Objetivo:** capacitar profissionais de saúde, serviço social e capelania para identificação dos sinais e sintomas que sugiram a presença do comportamento suicida, o nível de risco deste, bem como as ações necessárias para o manejo e conseqüente acompanhamento institucional.
- **Público alvo:** Profissionais de saúde, serviço social e capelania da corporação.

Sugere-se que essa capacitação possa ser realizada com prejuízo de serviço do profissional de saúde/ serviço social. Do mesmo modo, recomenda-se a análise da possibilidade de parceria com instituições de ensino/pesquisa com comprovada referência no tema, ou seja, prevenção e manejo do comportamento suicida, a fim de que a corporação tenha acesso as discussões mais atuais acerca do assunto a nível nacional e assim ainda capacitar o seu próprio corpo técnico para a continuidade das capacitações.

De modo geral, indica-se alguns aspectos gerais a serem contemplados na capacitação, compreendendo a possibilidade de flexibilizações:

- modalidade sugerida: presencial e *online*;
- carga horária sugerida de 40h (24h presenciais e 16h *online*);
- conteúdos sugeridos: comportamento suicida - conceito e magnitude do fenômeno; características do comportamento suicida em

instituições de segurança pública; crise suicida; riscos ao comportamento suicida; avaliação do risco para o comportamento suicida; manejo do comportamento suicida; níveis de prevenção ao comportamento suicida; fatores de proteção ao comportamento suicida; mitos relacionados ao comportamento suicida; posvenção do suicídio; acolhimento psicossocial; comunicação de más notícias.

Por fim, recomenda-se que a equipe responsável em organizar tal capacitação avalie a possibilidade de que seja construído um modelo específico para cada grupo (saúde, serviço social e capelania), de modo a atentar-se para as especificidades de atuação de cada grupo. Entendendo-se que muitos conteúdos estarão presentes em todos os grupos.

ETAPA 5: Formação de multiplicadores para a prevenção do adoecimento mental e do comportamento suicida.

O trabalho de formação de multiplicadores busca alcançar dois aspectos fundamentais para o desenvolvimento e fortalecimento de ações preventivas ao adoecimento mental: contribui para a mudança da cultura organizacional e permite que entre os pares, seja feito um primeiro acolhimento.

O acolhimento psicossocial não é atendimento psicológico. Não se trata de terapia. O acolhimento solidário busca apoiar as pessoas na compreensão do momento que atravessam, e na identificação de suas potencialidades para o enfrentamento da crise, através de uma escuta empática e ativa.

Mas o multiplicador também poderá ser capaz de propor ações que sensibilizem as pessoas de sua unidade de trabalho para a compreensão dos variados estados emocionais ali vivenciados, bem como que contribuam para o fortalecimento da saúde mental das mesmas.

- Objetivo: Formar profissionais para que sejam capazes de identificar e acolher outros profissionais que apresentem sinais de sofrimento mental
- Público alvo: policiais militares interessados em participar do programa.

Sugere-se que essa formação seja realizada com o prejuízo de serviço do profissional de segurança pública, bem como que possa ser ministrada pelos profissionais que foram capacitados na **Etapa 4** do programa.

Os profissionais formados “multiplicadores” deverão ser capazes de identificar sinais de sofrimento mental em companheiros de trabalho, bem como oferecer acolhimento psicossocial e orientar para o contato com o serviço de saúde da corporação. Do mesmo modo, poderão sugerir campanhas e ações que contribuam para o fortalecimento da saúde mental na unidade em que atua.

Sua estrutura compete a:

- Modalidade: Presenciais e online;
- Carga horária: 40h (24 h presenciais; 16h online);
- Conteúdos sugeridos: comportamento suicida - conceito e magnitude do fenômeno; características do comportamento suicida em instituições de segurança pública; crise suicida; fatores de proteção ao comportamento suicida; mitos relacionados ao comportamento suicida; acolhimento psicossocial; comunicação de más notícias; primeiros auxílios psicológicos;
- Público alvo: policiais militares.

ETAPA 6: Fomentar ações para a prevenção ao comportamento suicida e promoção da saúde mental.

Para a OMS (2014) a prevenção do suicídio está organizada em três aspectos fundamentais: a ampliação da conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco; a intensificação de programas e serviços de conscientização e a assistência, incremento e o aprimoramento da ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio.

De acordo com Botega *et al* (2006), a prevenção do suicídio é realizada através do conhecimento dos seus fatores de risco, da identificação precoce dos indivíduos que os apresentem e da intervenção nas situações de risco. Do mesmo modo, o reforço dos fatores de proteção contribui para a diminuição dos fatores de risco nos níveis individual e coletivo.

- Objetivos:

- Contribuir para a institucionalização de ações preventivas ao adoecimento psíquico/comportamento suicida na corporação, a nível institucional, situacional e integrado;
 - Promover uma cultura organizacional que privilegie a saúde mental e desmistifique o comportamento suicida.
- Metodologia: a proposição de ações preventivas direcionadas – prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.
 - Prevenção primária: medidas preventivas que alcancem toda a corporação, mesmo aqueles que não apresentam sinais/sintomas de adoecimento mental. Poderá ser realizada desde a divulgação de *cards* informativos, palestras, até a proposição de atividades que contribuam para melhores níveis de saúde na corporação, como por exemplo a prática diária de atividade física;
 - Prevenção secundária: ações direcionadas aos indivíduos/ grupos que já apresentam riscos baixo e/ou moderado para o suicídio, principalmente aqueles com transtornos mentais. Para esse tipo de prevenção podem ser realizadas palestras (MIRANDA, 2016), rodas de conversa, grupos focais, entre outras atividades que foquem no suporte à resolução de problemas, ou seja, nas estratégias de enfrentamento (coping), para assim diminuir o impacto dos fatores precipitantes.
 - Prevenção terciária: direcionada aos policiais que já apresentam histórico de comportamento suicida, especialmente aos que já tentaram suicídio. Segundo Miranda (2016),

Aqui o tema do suicídio deve ser tratado de forma clara e direta pelo profissional de saúde, abordando temas como: o suicídio no ambiente de trabalho e os cuidados a serem tomados pela tropa com o colega em situação de comportamento suicida (p. 131).

ETAPA 7: Proposição de um programa que apoie o profissional de segurança pública na passagem para a inatividade.

Como já observado anteriormente, a entrada na aposentadoria é um dos possíveis fatores de risco (precipitantes) para o comportamento suicida. Deste modo, ações que possam preparar o policial militar para a passagem para a inatividade devem necessariamente estar vinculadas ao programa.

Importante observar que a preparação para a “inatividade” deve começar bem antes da data estimada para o ato, pois as ações aqui deverão proporcionar uma mudança de subjetividade ao profissional tão acostumado ao cotidiano “acelerado”, bem como à um contexto social que não valoriza esse período da vida.

- Objetivo: Apoiar e preparar o policial militar para a passagem para a inatividade, contribuindo assim para o fortalecimento da saúde mental deste diante de um novo período de vida.
- Público alvo:
 - Policiais militares a partir de 28 anos de serviço;
 - Policiais militares considerados inaptos, por problemas de saúde, para o serviço ativo na corporação.

Sugere-se que os policiais militares em condição para ingressar no programa recebam incentivos da corporação que, além de traduzirem o reconhecimento e respeito pelos serviços prestados, contribuindo assim para o aumento da autoestima do profissional, também colaboram para a aderência ao programa. Deste modo, os policiais matriculados no programa devem receber dispensa do serviço, nos dias de atividades, online ou presencial, além de duas folgas por cada módulo concluído.

- Modalidade sugerida: presencial e *online*.
- Duração do programa: 2 anos, com carga horária sugerida de 200h.
- Conteúdo sugerido: planejamento pessoal; aumento da expectativa de vida; mudanças em representações sociais; mudanças na vida/ um novo sentido na vida; trajetória profissional; família; relacionamento social; relacionamento afetivo; finanças pessoais; saúde, esporte e lazer na aposentadoria; a busca de si mesmo; pensando o futuro.
- Metodologias:

- Sugere-se que os temas possam ser abordados em grupos operativos temáticos e de reflexão, coordenados por psicólogos e assistentes sociais, com foco em tópicos pertinentes a aposentação.
- Sugere-se a proposição de atividades sociais que possam ser elaboradas e realizadas pelo/nos grupos.

ETAPA 8: Organização e divulgação de documentos técnicos que contribuam para a elaboração de políticas institucionais de prevenção ao adoecimento mental a ao comportamento suicida.

Entende-se que todo o material produzido e organizado durante a implantação do programa necessita ser analisado e divulgado, de modo a ser possível elaborar novas metas, incluir e/ou alterar ações. Sempre em busca de um melhor cuidado e acolhimento com os profissionais da PMERJ.

- **Objetivos:**
 - Descrição e análise dos resultados levantados nas etapas 1 e 2.
 - Proposição de ações a médio e longo prazo que contribuam para uma melhor saúde mental do policial militar e diminuição do risco de suicídio.
- **Metodologia:** para a etapa seria a elaboração de seminário interno, junto aos gestores institucionais e demais profissionais interessados ao tema, para apresentação e análise dos dados levantados.

ETAPA 9: PROMOVER FÓRUNS DE DISCUSSÕES E/OU SEMINÁRIOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA.

Pensar práticas efetivas de cuidado em saúde mental no âmbito da segurança pública demanda construir redes e parcerias. Apesar das significativas diferenças culturais e até mesmo de prática profissional vivenciada entre as instituições, um aspecto as une: a proximidade com a dor, com a violência e as variadas mazelas sociais experimentadas cotidianamente.

Todos os esforços buscam diminuir o nível de sofrimento mental destes profissionais, construindo assim, condições de enfrentamento. Mas para que essa caminhada seja mais forte e contínua é necessário buscar e oferecer conhecimento. Precisa se falar do que pode adoecer e do que pode cuidar. A

última etapa do Programa foi pensada para que sejam institucionalizados espaços de troca e de saber, pois o objetivo é salvar vidas, manter o policial em condições de desempenhar com técnica e saúde o seu serviço.

- **Objetivos:**
 - Contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento dos temas referentes a saúde mental dos profissionais de segurança pública em âmbito nacional e internacional.
 - Integrar instituições e profissionais de áreas diversas em torno do tema.
- **Público alvo:** Instituições de segurança pública e/ou privada, as Forças Armadas, Instituições de ensino, de pesquisa e outras interessadas no desenvolvimento e fortalecimento do assunto.
- **Metodologia:** organização de eventos.

11 CONCLUSÃO

O suicídio policial é uma realidade que precisa ser enfrentada. Os números identificados pelo estudo mostram que já se trata de uma realidade muito próxima. E que no caso dos policiais militares é potencializada por variados fatores, desde “o fácil acesso aos meios”, quanto às condições (sociais, técnicas, laborais) em os profissionais devem atuar.

Enfrentar o comportamento suicida na corporação não é, em sentido algum, buscar “culpados”, mas sim ir ao encontro daquilo que ofereça sentido à vida daquele que sofre. Entendendo que neste caminho, certamente algumas ações institucionais deverão ser confrontadas e revistas, e outras precisarão ser construídas. Mas sempre em busca do fortalecimento do policial e da instituição.

A proposição deste programa buscou contribuir para a construção de um percurso organizacional que aumente as possibilidades de tratamento direto dos que se encontram adoecidos emocionalmente na corporação, bem como do fortalecimento daquelas “ferramentas” (pessoais e institucionais) de enfrentamento àquilo com grande potencial para fazer sofrer. Não se trata de uma “receita” pronta e acabada, mas um passo inicial, que deverá ser constantemente revisto e reelaborado.

A busca por melhores equipamentos e novos estudos que possam contribuir para uma gestão mais eficiente na corporação deve, necessariamente ser atravessada pelo sujeito responsável em dar visibilidade a corporação, seja em qualquer nível da mesma.

A instituição tem se empenhado em realizar variadas alterações em sua doutrina, na relação com o contexto social e acadêmico, na aquisição de novas tecnologias, bem como nas estratégias de saúde da corporação. O presente trabalho busca então, ser apenas uma contribuição para fazer pensar como tem-se tratado o comportamento suicida na corporação, e o que ainda é possível começar a fazer hoje para que os números de morte por suicídio na corporação possam diminuir, e ainda, para que seja possível apoiar o policial militar no enfrentamento de suas dificuldades emocionais, na maior parte das vezes, passageiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Suicídio: informando para prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM), Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf> [07/04/2022]

BERTOLETE, José Manoel. MELLO-SANTOS, Carolina. BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. In: **Rev. Bras. de Psiquiatria**. v. 32, n. 2, p. 87-95. 2010.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. v. 50, n. 15, Jul. 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2022.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. In: **Psicologia USP**. V. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psusp/a/HBQQM7PGMRLfr76XRGVYnFp/?lang=pt> [07/04/2022]

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, Neury José; D' OLIVEIRA, Carlos Felipe Almeida; CAIS, Carlos Filinto da Silva; STEFANELLO, Sabrina. **Prevenção do suicídio manual dirigido a profissionais da saúde em atenção primária**. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas, 2009

BOTEGA, Neury José; MARÍN-LEÓN, Letícia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; SILVA, Viviane Franco da; DALGALARRONDO, Paulo. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. In: **Cad.**

Saúde Pública, Rio de Janeiro, dez. 2009. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL, Ministério da Justiça. Instrução Normativa nº 01 de 26 de fevereiro de 2010. **Institui o Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários**. Brasília, 2010.

CARVALHO, Soraya. **Depressão e suicídio: aspectos psicológicos**. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2017/08/Apostila_de_Psicologia_CIAVE.pdf>.
Acesso em: 24 jun. 2015.

CASSORLA, R.M.S. **Suicídio**. São Paulo: Blucher, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Campinas: Unicamp, [s. d.]. Disponível em:
<https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019, São Paulo. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: [S. L.], 2019. Disponível em: <https://assets-dossies-ipgv2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2019/10/FBSP_AnurioBrasileirodeSegurancaPublica_2019.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019, São Paulo. **Atlas da Violência**. São Paulo: [S. L.], 2019.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, Supl. II, p. 86-94, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>>. Acesso em 24 jun. 2015.

MARÍN-LEÓN, Letícia; Oliveira, Helenice Bosco de, BOTEGA, Neury. Suicide in Brazil, 2004–2010: the importance of small counties. **Rev. Panamericana de Salud Publica**, n. 32(5), 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n5/351-359/en228>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

MINAYO, Maria; SOUZA, Edinilson; CONSTANTINO, Patricia (coord.). **Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/y28rt/pdf/minayo-9788575413395.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção primária**. v. II, Brasília, DF, 2013. Disponível em:
<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf>.
Acesso em: 24 mar. 2022.

MIRANDA, Dayse; (Org.). **O comportamento suicida entre profissionais de segurança pública e prevenção no Brasil**. Coleção Pensando a Segurança Pública de Direitos humanos, grupos vulneráveis e segurança – Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2016, 302 p. 151-201. Disponível em:
<[228](http://ippesbrasil.com.br/wpcontent/uploads/2020/06/CAP-5-DE-PUBLICAC%CC%A7A%CC%83O-</p></div><div data-bbox=)

PENSANDO-ASEGURANCA-COMPORTAMENTO-SUICIDA-DE-PROFISSIONAISPOLI%CC%81CIA-MILITAR-2016.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.

MIRANDA, Dayse; (Org.). **Por que policiais se matam? Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar**. Rio de Janeiro: Mórula, 2016.

MIRANDA, Dayse (et. al). **Boletim GEPeSP 2019. Notificação de Mortes Violentas Intencionais entre Profissionais de Segurança Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Grupo de Estudo e Pesquisa em Suicídio e Prevenção (GEPeSP), 2019. Disponível em: <<http://ippesbrasil.com.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-GEPeSP-2019-final.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

MIRANDA, Dayse (org.). **Boletim IPPES 2020. Notificação de Mortes Violentas Intencionais entre Profissionais de Segurança Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPES), 2020. Disponível em: < <https://ippesbrasil.com.br/wp-content/uploads/2020/09/Boletim-IPPES-2020-Notifica%C3%A7%C3%A3o-de-Mortes-Violentas-Intencionais-entre-Profissionais-de-Seguran%C3%A7a-P%C3%BAblica-no-Brasil-ERRATA.pdf>> . Acesso em: 24 mar. 2022.

MIRANDA, Dayse; GUIMARÃES, Tatiana. O suicídio policial: O que sabemos? In: **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 9, n. 1, jan-abr. 2016, p. 1-18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Prevenção del suicídio - um imperativo global: resumen ejecutivo*. Genebra, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**. OMS: Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. OMS: Genebra, 2002.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. **Uma análise crítica sobre suicídio policial**. São Paulo, 2019.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. de P. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. cap. 2, p. 11-24.

SOUSA, J.E.P. **Tentativas de suicídio e suicídio entre profissionais de segurança pública do estado do Ceará: magnitude, perfil e fatores associados, 2000 a 2014**. 2016. 198 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/21576>. Acesso em: 24 mar. 2022.