



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
1º Ciclo de Estudos em Criminologia

## **Projeto de Graduação**

# **O Suicídio na Guarda Nacional Republicana**

Ana Filipa Soares

Porto, 2019





Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

1º Ciclo de Estudos em Criminologia

## **Projeto de Graduação**

# **O Suicídio nos Órgãos de Polícia Criminal**

---

(Ana Filipa Soares)

Projeto de Graduação à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Criminologia, sob orientação do Professor Doutor Luís Santos.

## Índice Geral

Índice de Siglas.....	5
Agradecimentos .....	6
Resumo.....	8
Introdução.....	9
1 – Considerações Breves sobre o Suicídio.....	10
1.1 – Conceitos: Suicídio, a tentativa e a automutilação, ideações suicidas...11	
1.2 – O Suicídio e a Teoria de Durkheim.....	12
1.3 – A genética e o Suicídio.....	13
1.4 - Estudos Epidemiológicos.....	14
1.5 – Fatores de risco e Fatores de proteção.....	15
1.6 – Métodos do Suicídio.....	19
1.7 – Caracterização das vítimas.....	22
1.8 – Mitos e Falsas Crenças.....	23
1.9 – Plano de Prevenção Específico para as Forças de Seguranças .....	24
2 – Contribuição Empírica.....	26
2.1 – Fundamentação.....	26
2.2 – Objetivos.....	27
2.3 – Metodologia.....	27
2.3.1 – Instrumentos.....	27
2.3.2 – Procedimentos.....	28
2.3.3 – Destinatários.....	29
Conclusão.....	30
Referências Bibliográficas.....	31

## **Índice de Siglas**

**CPIS** – Centro Psicológico de Intervenção Social

**CVP** – Cruz Vermelha Portuguesa

**EST** – Equipa de Socorro e Transportes

**GNR** – Guarda Nacional Republicana

**MAI** – Ministério da Administração Interna

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNPS** – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SPS** – Sociedade Portuguesa de Suicidologia

## **Agradecimentos**

Após 4 anos de investimento nesta licenciatura, vejo esta fase chegar ao fim. Olho este percurso e vejo todos os sacrifícios realizados por mim, pelos pais, pela família. Por este motivo só me resta agradecer a todos os que chegaram e permaneceram nesta fase da minha vida, onde estes últimos dois anos se têm verificado um pouco atribulados, quer a níveis psicológicos, emocionais, monetários. O início de um novo trabalho que se mostrava necessário, o início do voluntariado que tanto me alimenta a alma, que me faz crescer cada vez mais e que mostra, todos os dias, oportunidades para conhecer pessoas fantásticas, às vezes faz-me correr contra o tempo, mas diz-se por aí que “Tudo é possível àquele que crê” (Marcos 9:23).

Sendo assim começo por agradecer a mim própria, porque mesmo enfrentando adversidades, muitas vezes não compreendidas pelos outros, nunca me permiti a desistir. Lutei contra o meu próprio corpo e a minha própria mente todos os dias, o que não se revelou nada fácil, mas que, no fundo, me permitiu olhar para a realidade de uma maneira muito diferente.

À minha mãe que tem sido o meu pilar desde sempre e que nunca me deixa desistir, nem mesmo do sonho mais absurdo; ao meu pai, que mesmo longe está sempre presente e se orgulha das minhas conquistas; aos meus sobrinhos, Matilde e Martim, que de forma emocional me dão imensa força para continuar, pois faz parte dos meus desejos ser um modelo que eles possam seguir; aos avós e à irmã que, com o seu jeito único, me parabenizam e me ajudam sempre que podem.

À Equipa de Socorro e Transportes (EST) da Delegação do Porto da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), que me acolhe todos os dias e que faz com que eu me sinta parte de uma família e parte de um grande grupo com ideais semelhantes aos meus. Tal como uma família, discutimos, rimos, abraçamos, choramos e sofremos juntos. Obrigada por me permitirem utilizar o computador para poder fazer grandes partes do meu Projeto de Graduação. Seguiremos sempre juntos nesta caminhada e tenho quase a certeza que nunca desistiremos uns dos outros.

Aos meus amigos mais próximos que ouvem os meus lamentos, me abraçam e me incentivam nos dias em que já se torna quase insuportável pensar em algo. Obrigado por

reconhecerem o meu valor e me ilucidarem de que existe sempre uma luz ao fundo do túnel.

Finalmente, à Universidade Fernando Pessoa, pois foi a instituição que me proporcionou um ciclo de estudos bastante diversificado, com bons docentes e que investe na boa formação dos seus alunos. E, por fim, um agradecimento especial, ao meu professor orientador, Professor Doutor Luis Santos, que esteve sempre pronto a ajudar, e se mostrou muito compreensivo, paciente.

## **Resumo**

Este Projeto de Graduação é realizado para obtenção do grau de licenciada no curso de Criminologia, na Universidade Fernando Pessoa e tem como objetivo geral aperfeiçoar as valências já existentes no que toca à prevenção e intervenção do suicídio, criando gabinetes psicossociais em todos os Comandos Territoriais dos Países, de modo a facilitar o acesso a este meios e a agilizar os pedidos de ajuda, tornando-os mais rápidos e eficazes. Para implementar estes projetos é necessário o apoio de instituições ligadas à Guarda Nacional Republicana (GNR), a Associação dos Profissionais da Guarda (APG) e a Associação Socio-Profissional e Independente da Guarda (ASPIG).

Palavras-Chave: GNR, Suicídio, Comportamento Autolesivo

## **Abstract**

This Graduation Project is carried out to obtain a degree in the Criminology course at the Fernando Pessoa University and its general objective is to improve the existing validities in the prevention and intervention of suicide by creating psychosocial offices in all Territorial Commands of the Country, in order to facilitate access to this means and to speed up calls for help, making them faster and more efficient. To implement these projects, the support of institutions linked to GNR, the APG and the ASPIG are required.

Key Words: Suicide, Police Forces, self-harm



## **Introdução**

As taxas apresentadas no que toca ao suicídio permitem colocar este fenómeno entre as 10 “*maiores causas de morte em todos os países*” (OMS,). Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), a faixa etária que compreende idades entre os 15 e os 35 anos é a mais afetada, dado que se verifica que, aqui, o suicídio está entre as três maiores causas de morte. Os estudos que têm sido realizados apontam todos para um aperfeiçoamento dos planos de prevenção e de um estreito relacionamento entre os gabinetes de apoio e os serviços de saúde, enfatizando que se deve tanta ou mais atenção ao suicídio, quanto a outros problemas de saúde, encarando esta problemática como um grave problema de saúde pública (OMS, 2000).

Com este projeto pretende-se apresentar uma proposta para o alargamento de serviços já existente na Guarda Nacional Republicana (GNR), visto serem insuficientes para tratar da prevenção deste fenómeno com eficácia. Com este alargamento das estruturas, surgia também o aumento de recursos humanos, de forma a criar uma equipa multidisciplinar e multifacetada para fazer face a este fenómeno, capacitando-os para um tipo de resposta fácil e eficaz. Nestas equipas, não iriam somente integrar psicólogos e psiquiatras, mas também outro de tipo de especialistas, tais como os criminólogos especializados na área, para um primeiro contacto mais abrangente, facilitando a deteção de fatores de risco e fatores de proteção em relação ao suicídio, e ainda, médicos e enfermeiros, de forma a estreitar o acesso de todos aos serviços de saúde, na tentativa de colmatar as faltas de meios e dificuldade de acessos, em algumas situações.

## **1 – Considerações Breves sobre o Suicídio**

Desde as civilizações mais antigas, o suicídio era abordado tanto de uma forma positiva como negativa, tendo em conta as culturas existentes, bem como o tipo de povos, classes sociais, e religiões (Azenha & Peixoto, 2014). Por isso, atrai a atenção de muitos filósofos e, constitui-se muitas vezes, um interesse de matéria literária (André, 2018). Na civilização grega, o suicídio era abordado como tema filosófico, refletindo-se neste ato o enorme valor do ser humano, bem como a sua capacidade para decidir sobre a própria vida, no entanto, era política e judicialmente condenado, sendo retiradas as regalias de uma sepultura regular aos indivíduos que colocassem termo à própria vida. Para os epicuristas, o ato suicida poderá ser considerado uma opção quando a vida se torna difícil e insuportável, sendo esta a forma mais digna de sair do sofrimento. Já para os estoicos, o ato suicida é uma questão de moral. Isto é, quando o indivíduo vê a sua vida, de tal forma descontrolada, e se encontra sem capacidades para mudar a sua situação, então, moralmente, poderá recorrer a essa alternativa. Não obstante, estamos perante algo contraditório quando lhes são esperadas características como “coragem e firmeza” (Azenha & Peixoto, p.4, 2014). Para os pitagóricos, conhecidos como amigos dos números, a alma e o corpo estão ligadas por relações numéricas, que podem ser destruídas se, porventura, decidirmos cometer suicídio. Para estes indivíduos estas relações numéricas não devem ser interrompidas, seja qual for a situação (Cohen, 2000 cit in: Azenha & Peixoto). Ainda, Platão, defendia que a nossa alma tem o propósito de adquirir conhecimentos e virtudes ao longo de toda a nossa vida, portanto, pensar em suicídio como um benefício para si próprio condena a alma. No entanto, este filósofo acrescenta algumas exclusões no que toca a esta condenação, ou seja, a alma não é condenada se o suicídio ocorrer perante doença dolorosa e incurável, se for uma punição da própria cidade ou se o seu destino for miserável ou vergonhoso (Perales, 2002 cit in Azenha & Peixoto, 2014).

Na civilização Romana, as duas classes sociais proibidas de cometer suicídio seriam os escravos e os soldados. Se um escravo decidisse colocar fim à sua vida estaria a atentar contra a propriedade privada de outro indivíduo. Já os soldados sobreviventes que, porventura, decidissem tentar esta prática, eram imediatamente condenados ao suicídio por deserção, isto significa que o próprio estado condenava-os ao que eles pretendiam, no entanto com uma motivação que não era a deles, eram sim desertados (Anton & Vanhoof, 2000 cit in: Azenha & Peixoto, 2014).

No que toca à religião, o hinduísmo e o budismo não têm uma visão muito negativa acerca do suicídio, em comparação com o cristianismo, onde tal ato é visto como pecado e garante uma entrada gratuita no inferno (Stomp & Ritter, 2011 cit in: Azenha & Peixoto, 2014). Também no islamismo é um ato condenado, pois “*o poder absoluto sobre as preocupações e a vida humana*” (Azenha & Peixoto, p.11, 2014) é somente do Criador.

### **1.1 – Conceitos: Suicídio, a tentativa e a automutilação, ideações suicidas**

O Suicídio é considerado um fenómeno multideterminado e complexo, encarado por muitos como um problema de saúde pública (OMS, 2000). Este tema tem vindo a ser estudado e definido, ao longo do tempo, contando sempre com diferentes abordagens – sociológica, psicanalítica, psicológica, psicossociológica, etnográfica - e saberes diversificados, dando origem à Suicidologia, que se define como “o estudo científico do suicídio e da sua prevenção” (Schneidman, 1985 cit in: Saraiva & Gil, p. 41, 2014). No entanto, quando falamos em Suicídio, também pensamos em comportamentos suicidários, como a tentativa de suicídio e as ideações suicidas.

Um autor português, Vaz Serra, diz que o suicídio pode ser definido como a “autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir este fim” (Vaz Serra, 1979 cit in: Saraiva & Gil, p. 42, 2014). Já Edwin Shneidman define suicídio como uma atitude consciente de um indivíduo com falta de autoestima e, maioritariamente, isolado do mundo social, considerando que o suicídio é a única saída para resolver os seus problemas (Saraiva & Gil, 2014).

Conforme refere o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), a ideação suicida é definida como “pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato” (PNPS, p. 110, 2013-2017). No entanto é importante perceber se estes pensamentos ocorrem de forma genérica e ocasional ou se são imaginados como possíveis soluções, “alívio” ou “uma saída”, constando neste cenário um desfecho trágico, bem como o método que seria utilizado, a data e local do acontecimento (Gil, 2006 cit in Saraiva & Gil, p. 44, 2014).

A tentativa e a automutilação são dois tipos de “comportamentos suicidários que englobam uma diversidade de gestos ou atos difíceis de definir, cujos limites são parcialmente sobreponíveis e interpenetráveis” (Saraiva, 2010 cit in: Saraiva & Gil, p.45, 2014). “A tentativa de suicídio é o mais importante fator de predição do suicídio, pelo que as tentativas, ainda que objectivamente desprovidas de gravidade, não devem nunca ser desvalorizadas” (Santos, p.151, 2014). Para a população em geral, a tentativa de suicídio revele uma forte intenção de morrer, ou então, em algumas situações e contextos, apenas um ato de desespero com o objetivo de atrair a atenção de alguém importante, mas para Daniel Sampaio tal comportamento é “*o ato não fatal de automutilação ou de autoenvenenamento*”.

## 1.2 – O Suicídio e a Teoria de Durkheim

A teoria e o pensamento de Durkheim, revela-se o ponto de partida para a tentativa do conhecimento deste fenómeno violento. Durkheim, define o suicídio como “a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo cometido por um individuo que conhecia o resultado do seu comportamento” (Durkheim, 1977 cit in Saraiva & Gil, p. 44, 2014). Para este autor, existem 3 tipos de suicídio: “egoísta”, “altruísta” e “anómico”. O suicídio egoísta acontece quando devido ao enfraquecimento dos grupos sociais a que o individuo pertence, seja este grupo orientado por motivações religiosas, familiares ou políticas. Assim, quanto maior o afastamento, maior será a propensão ao suicídio. Já o suicídio altruísta, assim como a palavra indica, é contrário ao suicídio egoísta, devido a uma exagerada individuação e eu em nada já contribui para a coesão social e, portanto, tira a própria vida “em prol do bem estar da sua sociedade ou do grupo social a que está inserido” (Almeida, 2018). Ainda, este filósofo francês, menciona outro tipo de suicídio, o suicídio anómico, que diz ser mais prevalente na sociedade moderna. A consciência coletiva que, se entende ser “o conjunto de crenças e dos sentimentos comuns à média dos membros de uma mesma sociedade” (Durkheim, p.50, 2008 cit in Almeida, p.121, 2018), começa a perder-se na sociedade o que a leva a um “estado de anomia” (Almeida, p.125. 2018).

“A maior teoria acerca da relação entre suicídio e religião, de Émile Durkheim, apontou para a centralidade da integração social e influencia das relações sociais nas atitudes humanas” (Azenha & Peixoto, p. 12, 2014), dado que de acordo com os estudos deste autor as percentagens de suicídio nos países protestante são mais elevadas do que nos

países onde a sua maioria é católico, isto porque, a religião protestante revela e transmite ideais de independência, enquanto o catolicismo motiva a vida em sociedade. No entanto, não existem noutros estudos evidências científicas que demonstrem e defendam este pensamento de Durkheim. (Azenha & Peixoto, 2014).

### **1.3 – A genética e o Suicídio**

Biologicamente, face a determinadas situações e/ou comportamentos, podemos dizer que estaremos predispostos geneticamente para tal. Existem indivíduos que estão mais predispostos a sofrer de transtornos de humor, como a depressão, a transtornos de ansiedade, e até mesmo, predispostos a determinados tipos de cancro ou outras doenças (Turecki, 1999). O mesmo acontece com o suicídio e a predisposição biológica de determinado indivíduo. Estudos referem “que os fatores genéticos são responsáveis por aproximadamente 45% da variância fenotípica observada quando a ideação suicida e as tentativas de suicídio são considerados” (Turecki, 1999), mas, apesar de existir uma carga genética predisposta ao suicídio, esta poderá ou não ser influenciada por modelos de comportamento presentes na vida do sujeito. Ainda do ponto de vista neurobiológico, a redução da atividade serotoninérgica em indivíduos com traços impulsivos e agressivos, pode significar uma maior disposição para cometer o suicídio ou para se autolesionar, quando expostos a situações stressantes. Claro está que, assim como em todos os fatores de risco, não basta apenas existir uma carga genética que predispõe o indivíduo a este tipo de comportamentos, nem apenas uma redução da atividade serotoninérgica, ou um défice no córtex pré-frontal (região responsável pelo autocontrolo), pois o meio ambiente também se pode revelar, por si só, um fator de risco ou de proteção, bem como os modelos de comportamento existente na história de vida do sujeito (Turecki, 1999).

Assim “se o biológico e o social não são separáveis, nem alternativos, então, as causas do suicídio são simultaneamente biológicas e sociais” que completam a história de vida do sujeito, que mediante o seu decorrer poderá tornar-se um fator de risco ou um fator de proteção (Wethrell & Maybin, 1996, cit in: Quartilho, p. 15, 2014).

## 1.4 - Estudos Epidemiológicos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, no final do século XX, por cada 100.000 habitantes registavam-se 5 suicídios, aumentando para 11.7 no ano de 2003. Uns anos mais tarde, em 2012 e 2013, notou-se uma descida da taxa de suicídios registada, isto é, por cada 100.000 habitantes, registavam-se 10.1 suicídios. No entanto, em 2014, o número de suicídios registados voltou a subir, contabilizando-se 1223 suicídios, o que corresponde a uma taxa de 11.8 por cada 100.000 habitantes (DGS, 2013 cit in: Santos, 2013). Para além disso, conforme mostra a OMS, os países a norte da Europa registam um total de 20 a 30 suicídios por cada 100.000 habitantes, enquanto os países centrais apresentam números entre os 10 e os 20 suicídios por cada 100.000 habitantes (Veiga, 2014). Entre estes, Portugal é o que apresenta número mais baixos, no entanto, lutar contra este problema enquanto ainda é possível.

Através de autópsias psicológicas – “tentativa para reconstruir o estilo de vida e a personalidade do suicida” (Saraiva et al., p. 88-89, 2014) - foi possível perceber que mais de 90% dos indivíduos sofriam de patologia psiquiátrica, sendo que na maioria dos casos destacava-se a depressão. Ainda, na Finlândia, na última década do século XX, ao analisar um grupo de 1397 suicidas concluiu-se que 66% sofriam de síndrome depressiva e 43% eram alcoólicos. Ainda, num estudo feito em Portugal com o objetivo de estudar os comportamentos autolesivos, tendo como amostra 1700 jovens portugueses, concluiu-se que 7% da amostra manifestavam estes tipos de comportamentos. Tais atos poderão ser explicáveis se pensarmos que a dor física aliviará, de certa forma, o sofrimento psicológico e emocional do indivíduo, tornando-se suportável.

No que diz respeito às Forças de Segurança, em 2007, a taxa de suicídio registada era de 11.7 que, embora um pouco inferior à taxa de suicídios da população civil, deverá ser olhada como um problema e prevenida e tratada de igual forma. Adotando um perspetiva cronológica, entre os anos de 1998 e 2007 suicidaram-se 23 elementos da Guarda Nacional Republicana, onde se registaram 5 suicídios no ano de 2007. No ano seguinte mais 12 militares da GNR acabaram com a própria vida (Santos, 2017).

De acordo com a OMS, espera-se cada vez mais um aumento do número de suicídios, estimando que, em 2020, se registam 1.5 milhões de suicídios.

## 1.5 – Fatores de Risco e Fatores de Proteção

“ O Suicídio é um claro exemplo de interação entre fatores individuais e fatores sociais e culturais. As perturbações mentais e o abuso de substâncias, os antecedentes traumáticos na infância e na idade adulta, os fenómenos de rejeição, o isolamento social, as dificuldades económicas, as perdas e os conflitos relacionais e os traços de personalidade individuais, como a impulsividade, todos estes fatores podem aumentar o risco de suicídio” (Quartilho, p.17, 2014).

Entende-se por fatores de risco, situações que colocam os indivíduos mais vulneráveis e susceptíveis à exposição de determinado comportamento, classificado como negativo, podendo, neste caso, “aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se” (PNPS, 2013-2017). Já os fatores de proteção desempenham um papel diferente, ou seja, têm a capacidade de influenciar, de forma positiva, os indivíduos que estão, de uma forma ou de outra, expostos ao risco. No que toca ao suicídio, à tentativa de suicídio e a outras práticas autodestrutivas, como a automutilação, podem ser fatores de risco, os fatores sociodemográficos (e.g.: sexo, idade, estado civil), o isolamento social, predisposições biológicas para este tipo de práticas, transtornos mentais, dependência de substâncias, história de vida do indivíduo e, até mesmo, o estado da nossa saúde física. Contudo, é importante perceber que os fatores de risco, apenas se tornam fatores de risco quando interligados.

Estes fatores de risco são comuns quer para a Sociedade Civil, quer para as Forças de Seguranças. No entanto, neste último grupo, a posse de arma torna-se uma agravante quando se encontram reunidos alguns dos fatores de risco acima enunciados, visto que é o meio mais utilizado por este grupo específico para pôr termo à vida, já que é algo que está em sua posse mesmo quando não estão em serviço (Ferreira, 2009). Podemos então dizer que, assim como “ os anestesistas tendem a usar drogas, os pilotos a usar um avião e os polícias, na sua maioria, usam a arma de serviço” (Quinnett & Watson, 2003, p.43, cit in: Ferreira, p. 17, 2009).

No que toca aos fatores sociodemográficos, verifica-se que a maior parte dos suicídios, registados até à altura, representam o sexo masculino (OMS, 2000). Contudo, no que toca às tentativas de suicídio e às práticas autodestrutivas, é o sexo feminino que se destaca. Isto porque, regra geral, os meios mais utilizados pelos homens são mais letais e violentos, ou seja, colocam termo à vida pelo uso de arma de fogo ou pelo enforcamento. Já as mulheres, recorrem à ingestão de medicamentos, que muitas vezes

não são letais, e acabam por ser meramente intoxicações medicamentosas, no entanto encaradas como tentativas de suicídio (Ferreira, 2009). Apesar de não existir nenhuma idade específica para cometer o suicídio, é possível encontrar certas faixas etárias mais recetivas a este tipo de comportamento, como por exemplo, os indivíduos mais novos, abrangendo idades entre os 15 e os 30 anos, e ainda, a população mais idosa, com mais de 65 anos e já na idade da reforma (OMS, 2000). A idade da reforma, no que diz respeito às Forças de Segurança, significa a perda de uma profissão que confere estatuto e a adaptação a um novo mundo, a Sociedade, que outrora não seria o mundo real do indivíduo. Desta forma, para aqueles que um dia pertenceram às Forças de Segurança, a adaptação a um novo mundo pode ser, de tal modo, difícil e encarada forma negativa, a ponto de o suicídio ser a única solução (Ferreira, 2010). Ainda, aliado a estes dois fatores, sexo e idade, o estado civil também pode ser considerado um fator de risco, pois, poderá potenciar o isolamento social, que eventualmente poderá trazer complicações a nível psicológico, como por exemplo, a depressão, transtornos de humor e ansiedade, stress, entre outros (OMS, 2000). Estudos revelam que indivíduos que sejam solteiros, divorciados ou viúvos sejam mais propícios a cometer o suicídio (OMS, 2000). Verifica-se então que, quer homens quer mulheres, divorciados e sozinhos cometem mais suicídios, mantendo-se, no entanto, uma percentagem mais elevada para o sexo masculino, pelo simples facto de as mulheres optarem por utilizar métodos menos letais (e.g.: intoxicações medicamentosas) e não conseguirem consumir o ato de suicídio. No entanto, ao contrário do que acontece na Sociedade Civil, este fator não é tão prevalente nas Forças de Segurança, pois segundo Ribeiro e Carmo (2011, cit. In: Ferreira, 2009), as taxas para homens e mulheres, casados ou divorciados, refletem valores muito próximos, não permitindo uma conclusão significativa acerca deste fator de risco.

Sendo assim, no que diz respeito à Sociedade Civil, podemos dizer que um dos grupos de risco para o suicídio será composto maioritariamente por homens, com mais de 65 anos, divorciados ou viúvos, que moram sozinhos em zonas isoladas; ou, jovens entre os 15 e os 30 anos, maioritariamente do sexo masculino, solteiros e sem sensação de pertença a determinado grupo social (Ferreira, 2009). Aqui podemos verificar que o isolamento social pode ser um dos maiores preditores do suicídio.

No que diz respeito às Forças de Segurança, sabemos de antemão que os recentes membros destes grupos são quase sempre afastados do seu seio familiar desde que



começam os estudos na academia correspondente a cada força de segurança, até ao final dos estudos, e possivelmente depois, dado que são deslocados para zonas mais afastadas da sua família, do seu seio de amizades, sendo dificultado também o acesso ou o retorno devido ao tipo de emprego escolhido (PNPS, 2013-2017). Desta forma, acabam por se sentir sozinhos e desamparados, começando por ficar sem esperança de regressar à terra natal, com tendência para o isolamento, início de uma ideação suicida, até que, a determinado ponto chegam a consumá-lo (Ferreira, 2009).

Biologicamente, como vimos anteriormente, podemos então perceber que alguns indivíduos, poderão estar geneticamente predispostos a cometer o suicídio, embora associado a determinados contextos sociais, histórias de vida e determinadas patologias, como por exemplo, a depressão e a ansiedade (Turecki, 1999).

O abuso de álcool ou outras substâncias psicoactivas também representa um fator de risco, devido ao efeito que provoca no nosso Sistema Nervoso Central (SNC), isto é, tem uma função desinibidora, aumentando a impulsividade e agressividade, facilitando a consumação dos atos anteriormente idealizados na mente do sujeito, principalmente em casos em que os indivíduos sofrem de depressão. Estudos comprovam que 7 a 15% dos indivíduos que tentaram o suicídio têm ou já tiveram problemas com o álcool. Quanto à depressão, sabe-se que esta condição é uma das contribuiu para 6 a 15% dos suicídios (OMS, 2000). Com estes fatores de risco associados, revela-se um grupo maioritário composto pelo sexo masculino, com idades inferiores a 25 anos. Assim como a depressão, também os transtornos de ansiedade e pânico, se revelam como fatores de risco, não tanto para o suicídio, por si só, mas para ideações suicidas e a prática de automutilação (OMS, 2000).

Quanto às Forças Policiais, o álcool é muitas das vezes utilizado como mecanismo de escape para o stress que advém do tipo de profissão praticada. O que inicialmente faz parte de um mecanismo de socialização, cedo se transforma em algo que permite ao sujeito escapar, ainda que momentaneamente, da sua realidade (Ferreira, 2009). Ainda, para quem faz parte das Forças de Segurança, o stress é algo que começa a fazer parte da vida do sujeito que, com o passar do tempo, acaba por influenciar o sistema imunitário, provocando vários tipos de doenças. Então, torna-se necessário perceber que “episódios agudos de doença poderão conduzir ao aumento da ansiedade e perturbações depressivas” (Ferreira, p.36, 2009). Desta forma, o aumento do consumo do álcool,

tabaco ou outras substâncias irá ser proporcional ao aumento do stress e da ansiedade. Já na sociedade civil, este aumento do álcool é notório quando existem problemas de saúde grave e logo após a descoberta da doença ou no seu pico (OMS, 2000). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (p.11, 2000), “a infecção pelo HIV e AIDS representam um risco maior para suicídio em indivíduos, com altas taxas de suicídio”.

Assim como o *stress* está para as Forças de Segurança, também outras profissões exercem sobre os indivíduos níveis de pressão altíssimos, contribuindo para o isolamento social do mesmo. Na vida de quem é polícia, o *stress* parece ser algo constante no seu ambiente de trabalho, tendo em conta o tipo de funções que exerce, acabando por tomar conta da vida pessoal e familiar, podendo afetar não só o indivíduo, mas também todo o seu agregado familiar. Desta forma, vão surgindo problemas que apenas parecem ser resolvidos se o indivíduo pertencente às Forças de Segurança desistir do seu emprego, surgindo assim outro fator de risco (Ferreira, 2009). Quanto à Sociedade Civil, outras profissões não são compensatórias a níveis financeiros, em relação ao tipo de trabalho realizado, podendo levar ao desemprego. O desemprego ganha o papel de fator de risco quando é repentino e quando o indivíduo se vê numa situação de vida instável e aparentemente sem saída (OMS, 2000).

Se prestarmos atenção aos fatores de proteção percebemos que, embora a saúde seja, na maior parte das vezes encarada como algo físico, devemos ter em conta que a saúde é um todo, ou seja, envolve o físico, o psíquico, o social e o espiritual. Assim sendo, “transforma-se (...) tal como a educação, num processo de desenvolvimento de capacidades” (Santos, p.119, 2014), capacidades essas que servirão como fatores de proteção, equilibrando os possíveis fatores de risco presentes na vida de cada indivíduo. Estas capacidades desenvolvidas devem ser o **autoconceito**, ou seja “a perceção das suas capacidades pessoais, imagem física e identidade, bem como o sentido geral do seu valor” (Antonovsky, 1985, cit in: Santos, p. 121, 2014); **autoeficácia**, como a capacidade de organizar e implementar medidas que nos ajudem a gerir situações de stress (Santos, 2014) **suporte social** que se entenda pela “existência de um círculo de pessoas que fazem parte da vida do indivíduo e o ajuda a melhorar a cada dia, contribuindo para o seu desenvolvimento” (Antonovsky, 1985, cit in: Santos, p.121, 2014). Estes três conceitos são chamados de estratégias de *coping*, necessárias para evitar ou controlar a predisposição ao suicídio ou a vontade de atentar contra a própria vida. Para além destes, o capital social e a proteção social, o ambiente saudável no

período pré-natal e na infância, bem como no emprego e na habitação e os estilos de vida saudáveis, também funcionam como fatores de proteção.

## 1.6 – Métodos de Suicídio

Em estudos realizados por Varnick e Kolves em 2008 nos países europeus comparando os métodos de suicídio utilizados, concluíram que nos anos de 2004 e 2005, os métodos com percentagens mais elevadas são, para os homens, asfixia por afogamento, estrangulamento e sufocação (54,3%), armas de fogo (9,7%), intoxicação por medicamentos, drogas de abuso e outras substâncias biológicas (8,6%); e, para as mulheres, a maior percentagem terá sido de 35,6% para asfixia por afogamento, estrangulamento e sufocação, de seguida, a intoxicação por medicamentos, drogas de abuso e outras substâncias biológicas (24,7%) e, em terceiro, com uma percentagem de 14,5% estaria a precipitação no vazio. Um dos restantes métodos mencionados seria foi o uso de armas de fogo, que não se mostrou ser um dos métodos mais recorrentes, quer para homens (9,7%), quer para mulheres (1,3%). Comparando os métodos acima citados, quanto à intoxicação por medicamentos, drogas de abuso e outras substâncias biológicas, é notória uma diferença de aproximadamente 15%, e, quanto à asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação, é o método onde a diferença entre géneros neste período de tempo não é significativa e perfaz um total de 49,5%.

<b>Métodos</b>	<b>Homens (%)</b>	<b>Mulheres (%)</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Intoxicação por Medicamentos, drogas de abuso e outras substâncias biológicas</b>	8,6%	24,7%	12,7%
<b>Intoxicação por álcool, solventes, gases, vapores e pesticidas</b>	5,4%	4,3%	5,1%
<b>Asfixia por enforcamento, estrangulamento, sufocação</b>	54,3%	35,6%	49,5%
<b>Asfixia por submersão, afogamento</b>	3,0%	7,7%	4,2%
<b>Armas de fogo</b>	9,7%	1,3%	7,6%
<b>Precipitação no vazio</b>	7,8%	14,5%	9,5%
<b>Objetos em movimento</b>	4,9%	5,2%	5,0%
<b>Outros</b>	6,2%	6,7%	6,3%

**Tabela 1:** “Métodos de suicídio em percentagens, por géneros, em 16 países europeus (EAAD), EM 2000-4/5” –( adaptado de Varnick et al., 2008 cit in: Santos, p.147, 2014)

Já em Portugal, nos anos de 2002 e 2003, os métodos mais recorrentes foram, assim como na Europa, asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação com 52% para o género masculino e 31% para o género feminino. Nos métodos recolhidos em Portugal, a intoxicação por pesticidas com 23,5% para as mulheres e 14% para os homens. Quanto às armas de fogo as percentagens obtidas foram de 11,1% para os homens e 3,2% para as mulheres, onde se nota uma diferença de aproximadamente 7%. (Adjacic-Cross et al 2008 cit in Santos, p. 147, 2014).

<b>Métodos</b>	<b>Homens (%)</b>	<b>Mulheres (%)</b>
<b>Intoxicação por pesticidas</b>	14,0%	23,5%
<b>Intoxicação por outras substâncias</b>	2,4%	9,2%
<b>Asfixia por enforcamento, estrangulamento, sufocação</b>	52,2%	31,2%
<b>Asfixia por submersão, afogamento</b>	4,3%	11,6%
<b>Armas de fogo</b>	11,1%	3,2%
<b>Precipitação no vazio</b>	6,0%	10,3%
<b>Outros</b>	10,0%	10,9%

**Tabela 2:** “Métodos de suicídio em percentagens, por géneros, em Portugal, em 2002-2003” (Adaptado de Adjacic-Gross et al., 2008 cit in: Santos, p. 147, 2014)

Um outro estudo realizado no *Centers for Disease Control and Prevention* em 2006, concluiu que os métodos de suicídio mais utilizados pelos homens são as armas de fogo (56%) que, em comparação com Portugal e os restantes países europeus a sua utilização reflete-se em mais do dobro, mas que certamente, poderá ou deverá ter explicações a nível cultural. Em seguida, a asfixia por enforcamento (23,5%) e intoxicação (12,5%) sem referência a medicamento, abuso de substâncias ou outros produtos biológicos. No que diz respeito ao uso de armas de fogo a percentagem é de 30,7% para o género feminino e para o género masculino é de 56% (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2013, Santos, p. 148, 2014).

<b>Métodos</b>	<b>Homens (%)</b>	<b>Mulheres (%)</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Intoxicação</b>	12,5%	40,3%	18,3%
<b>Asfixia por enforcamento, estrangulamento, sufocação</b>	23,5%	18,9%	22,5%
<b>Asfixia por submersão, afogamento</b>	1,0%	2,1%	1,2%
<b>Armas de fogo</b>	56,0%	30,7%	50,7%
<b>Precipitação no vazio</b>	2,0%	2,7%	2,2%
<b>Objetos em movimento</b>	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Outros</b>	4,9%	5,1%	5,1%

**Tabela 3:** “ Métodos de suicídio em percentagens, por géneros, nos EUA, em 2006” (Adaptado de *Centers for Disease Control and Prevention*, 2013 cit in: Santos, p. 148, 2014)

Com os resultados obtidos nos estudos conseguimos perceber que são utilizados métodos mais letais, como por exemplo, o uso de armas de fogo, precipitação no vazio, asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação) e métodos menos letais como é o caso das intoxicações medicamentosas e outro tipo de substâncias. A utilização dos métodos mais letais poderão conduzir mais rapidamente ao efeito pretendido, tendo em conta a intensidade da intenção do indivíduo suicida, enquanto os métodos menos letais, poderão não ir de encontro às expectativas do indivíduo, se a quantidade ingerida não for suficiente para provocar a morte ou, se existir uma rápida intervenção médica. No entanto, a maior ou menor quantidade ingerida não significa que o indivíduo não manifestasse realmente a intenção de colocar termo à vida. Acontece que, em momentos de desespero e de sofrimento, o “impulso suicida compromete, amiúde, a linearidade deste raciocínio” (Santos, p. 150, 2014)). Ao mesmo tempo, a baixa escolaridade associada ao reduzido conhecimento também poderá influenciar a decisão sobre qual o método a utilizar para levar a cabo a sua intenção (Baca-Garcia et al, 2004 cit in: Santos, p.151, 2014). Por este motivo não é ético, nem moral, desvalorizar qualquer tipo qualquer tipo de método utilizado, contudo, é sempre necessário e adequado perceber qual era realmente a intenção do indivíduo (Brown et al, 2004 cit in: Santos, 2014).

Ainda, em alguns casos, é possível associar a utilização de métodos, principalmente quando o método causador da morte é um método mais letal. Ou seja, muitas vezes antes de se tentar a precipitação no vazio, a asfixia por enforcamento, estrangulamento e

sufocação, ou o uso de arma de fogo, o indivíduo aposta no consumo exagerado de álcool, medicamentos ou outras substâncias, para que haja “uma desinibição do comportamento e a consequente facilitação da passagem ao ato (e.g.: reduzir o medo e ganhar coragem)” (Mazzeo, 1989 cit in: Santos, p. 151, 2014).

### **1.7 – Caracterização das vítimas**

Tal como, na sociedade civil, a maioria dos suicídios são levados a cabo por homens, o mesmo acontece nas Forças de Segurança, nomeadamente, na GNR. Na GNR são predominantes os suicídios cometidos por homens, com uma média de idades de 38 anos, que ocupam o cargo de guarda, com funções operacionais, com uma média de 16 anos de serviço e com um nível de escolaridade baixo (Santos, 2017). Apesar de casados e com filhos, apresentam problemas pessoais e familiares. Os antecedentes psiquiátricos ou hábitos alcoólicos são desconhecidos. No entanto, suicidaram-se na própria residência, sempre com arma de fogo, podendo ter sido a de serviço ou a pessoal. (Santos, 2017).

Para estes indivíduos a vida parecia estar em grande mudança, isto é, 75% apresentavam alterações recentes em vários parâmetros da vida, como por exemplo, na família, na vida profissional, na vida financeira e até mesmo no que diz respeito a questões legais; 57% tinham perdido alguém por morte recentemente, bem como mantinham um sentimento de revolta perante todas as mudanças vividas (56%). Ainda, foi possível analisar as circunstâncias da morte dos indivíduos, através de uma avaliação dos últimos 6 meses de vida, onde se verificaram que 78% dos indivíduos já apresentavam ideias suicidas e, em metade dos casos, foram verbalizadas; 45% já tinham efectuado pedidos de ajuda (MAI, 2013).

## 1.8 – Mitos e Falsas Crenças

É muito comum ouvir-se dizer que as pessoas que realmente se querem matar não avisam, ou seja, não dão sinais. No entanto, não é isso que os estudos mostram. Certas crenças estão tão enraizadas culturalmente que se torna, de facto difícil para aqueles que sofrem pedir ajuda, demonstrar fraquezas devido à “desvalorização do sofrimento”, ao estigma existente até por parte das famílias, pois episódios de suicídio podem causar sentimentos de culpa e/ou vergonha no seio familiar (Brás & Cruz, p.493, 2014) e, por isso, “a prevenção do suicídio não tem sido abordada de forma adequada devido basicamente a uma falta de sensibilização para o suicídio como um sério problema e ao tabu existente em muitas sociedades para discuti-lo abertamente” (OMS, 2013 cit in Brás & Cruz, p. 493, 2014).

Estudiosos vêm dizer que a maioria dos sujeitos que pensa em pôr fim à própria vida dá sinais sobre a sua intenção. Estes sinais podem ser verbais e não verbais, entendendo-se por sinais verbais as expressões diretas que emitem de forma direta as intenções do sujeito, ou expressões que transmitam sentimentos ou sensações de desespero e desesperança, como por exemplo “a minha vida não faz sentido”, “sou um fardo para as pessoas” ou “estou a pensar em matar-me” (Capuzzi, 2009 cit in: Brás & Cruz, p.495, 2014)); por sinais não verbais, entende-se as mudanças bruscas de comportamento, o consumo excessivo de álcool, a diminuição de interesse pelas atividades anteriormente adoradas, entre outros (Van Orden cit in Brás & Cruz, 2006).

Algo comum também é dizer que “é errado falar sobre suicídio com quem nunca pensou nisso, pois pode levar à sua concretização” (Brás & Cruz, p. 497 2014). Esta falsa crença de que falar em temas que envolvem o suicídio irá contagiar as mentes limpas destas ideias é refutada pelos programas de prevenção realizados por Kalafat (2003), “pois é muito pouco provável desenvolver ideias suicidas em alguém que nunca as teve” (Brás & Cruz, 2014). O oposto também acontece, isto é “dizer que é errado falar sobre suicídio com pessoas que manifestam desejo ou intenção de o realizar” (Brás & Cruz, p. 498, 2014). Quando alguém pensa na hipótese de se suicidar, significa que, na sua mente, esta é a única saída possível e, portanto a seu discernimento está bloqueado. É precisamente por este motivo que este assunto deverá ser abordado, cuidadosamente, de modo a desbloquear “novas formas de percepcionar os problemas”(Brás & Cruz, p. 498, 2014).

Normalmente, as tentativas de suicídio ou as ameaças suicidas são tidas como mecanismos para chamar a atenção, no entanto, seja qual for a sua origem ou contextos, não devem ser desvalorizadas. Devem ser ouvidas com atenção, pois podem ser pedidos de ajuda e, portanto estes indivíduos devem ser “encaminhados e ser alvo de intervenção por profissionais de saúde, de forma a evitar atos suicidas” (Brás & Cruz, p.499, 2014).

## **1.9 - Programa Específico de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança**

“A prevenção do suicídio carece de um programa sistematizado e articulado que permita a identificação de intervenções, a avaliação de implementação e a sua eficácia”( PNPS, p.9, 2013-2017). O Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança tem como base o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) para a população em geral, isto porque devido à falta de estudos e dedicação na investigação acerca do suicídio nas Forças de Segurança, e consequente falta de análise e conhecimentos das suas características particulares torna-se difícil construir um programa específico para este grupo com características especiais (Peixoto et al., 2014).

Os programas “devem ser desenhados, não apenas de forma a promover os fatores protectores, mas também a reverter ou reduzir os fatores de riscos conhecidos”, respondendo às especificidades dos problemas detetados, quer se trate de um grupo específico ou de um grupo generalizado (PNPS, 2013 - 2017). É necessário entender que as consequências da tentativa de suicídio e do suicídio consumado, não afetam somente o próprio indivíduo, mas manifesta-se também na vida daqueles que o rodeio, familiares, amigos, colegas próximos de trabalho, ou seja, um suicídio consumado pode afetar toda a população, o que o torna um grave problema de saúde pública (Peixoto et al., 2014). Por esse motivo, é extremamente importante, prevenir, intervir e tratar.

Até agora, a implementação do Plano Específico de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança obedece a uma metodologia criteriosa que se desenvolve em três fases. Na primeira fase são feitas autópsias psicológicas dos suicídios consumados, de forma a verificar quais os potenciais perfis de risco para os comportamentos suicidários (PNPS, 2013-2017). Esta fase é extremamente importante para compreender o contexto de vida do indivíduo e perceber o que o conduziu a esse comportamento. Na segunda fase são estabelecidos programas de prevenção com o objetivo de reduzir a médio e longo prazo



as vulnerabilidades psíquicas e mentais existentes. Ainda, alguns programas profissionais referem “ a necessidade de programas educacionais referentes à avaliação, tratamento e acompanhamento de doentes que tenham tentado o suicídio e, de facto, um dos principais fatores de risco do suicídio é a existência de tentativas de suicídio anteriores” (PNPS, 2013 cit in: Peixoto et al., p. 430, 2014). Nesta fase estão presentes uma grande variedade de profissionais, não só de saúde, mas também aqueles que estarão aptos para identificar fatores de risco e dar respostas àqueles que estão expostos ao risco. A última fase é a implementação do programa e a sua monitorização e avaliação, onde deve ser realizada um “atualização permanente da definição dos elementos de prevenção como resultado do estudo de observação clínica” (PNPS, 2013 cit in: Peixoto et al., p.431, 2014), dando, por exemplo, especial atenção ao aumento ou diminuição de consumo de álcool.

As medidas base que este plano específico implementa são (PNPS, 2013)

- **Cuidados de saúde mental e Forças de Segurança**, investindo sobretudo numa ligação estreita com os serviços de saúde, de modo a obter uma intervenção mais rápida quando necessário.
- **Programa de seleção de candidatos e reavaliação no final do curso**, que consiste, no fundo numa monitorização dos candidatos desde a sua entrada no curso até ao final, onde são avaliadas questões como os traços de personalidade, a sua motivação, o tipo de atividade a que se propõem. Este período de tempo permite a observação das capacidades de adaptação às condições exigidas, bem como a sinalização de fatores de risco.
- **Procedimentos de restrição do uso de porte de armas**. O acesso a uma arma de fogo pode ser um facilitador para o indivíduo consumir o suicídio, portanto, na existência de vulnerabilidade psíquica é essencial restringir o acesso a estes meios e, se possível impedi-lo.
- **A Linha Telefónica SOS** é essencial numa intervenção em crise. Através deste meio é possível uma ação imediata e impedir uma tragédia, dado que 10% das chamadas realizadas são pedidos de ajuda.
- **A Avaliação periódica e aleatória do abuso de álcool e outras substâncias**, é essencial para um programa de prevenção ao suicídio seja bem sucedido. Uma vez que o consumo exagerado de álcool aumenta o risco de suicídio,

principalmente quando existem patologias associadas, como é o caso da depressão, ou a impulsividade e agressividade. Assim, esta medida poderá facilitar a deteção precoce de situações de risco.

- **O Estudo e investigação dos comportamentos suicidários nas Forças de Segurança** deve ser sempre algo constante, pois irão permitir um melhor conhecimento das motivações dos suicidas, bem como a identificação de novos fatores de risco, o que se revela um contributo para a implementação de novas estratégias ou a retificação de outras já existentes.

## **2 – Contribuição Empírica**

### **2.1 – Fundamentação**

Uma vez que os estudos sobre o suicídio nas Forças de Segurança são tão escassos e este tema afeta não só o suicida como também todo o seu círculo social, torna-se necessário virar a atenção para este grupo específico e perceber o porquê de a percentagem de suicídios num grupo específico ser tanto ou maior que a percentagem de suicídios na população em geral. Esta ideia surgiu enquanto frequentava o estágio curricular na GNR proporcionado pelo plano de estudos da Faculdade de Ciências Humana e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Uma das equipas apresentava falta de um elemento que se encontrava de baixa médica por incapacidade psicológica e que, em certos períodos de tempo, teria de se deslocar a Lisboa para perceber se estaria apto para regressar ao seu posto de trabalho. Apesar de hoje em dia ser fácil a deslocação para qualquer ponto do país, considero que, para indivíduos que apresentem fatores de risco para o suicídio esta deslocação possa ser um entrave, quer para o tratamento, quer para a recuperação e futura reintegração.

## **2.2 – Objetivos**

Este projeto tem como objetivo geral a criação de uma proposta de alargamento das estruturas já existentes (e.g. Centros Clínicos e Centro Psicológico de Intervenção Social – CPIS) nas Forças de Segurança, nomeadamente na GNR, mas que se mostram insuficientes, quando olhamos para o número de estruturas existentes e o número de postos territoriais em todo o território português. Uma vez que o papel das Forças de Segurança é proteger a população, cabe à comunidade científica que se dedica sobre este tema, prevenir e intervir em situações de risco, criando mecanismos de prevenção que apresentem melhores resultados.

Quanto aos objetivos específicos pretende-se:

- Diminuir a percentagem de suicídios nas Forças de Segurança.
- Inovar o processo de sinalização de risco, previsto no artigo 169.º n.º1 do Decreto-Lei n.º 30/2017, de 22 de março – Estatuto dos Militares da GNR.
- Prevenir as doenças do foro psicológico, atuando num espaço de tempo mais curto, dado que tais doenças são um fator de risco para o suicídio.
- Aumentar o número de clínicas existentes no país de forma distribuída.
- Aumentar o número de postos de emprego, preenchendo as vagas dos gabinetes apenas com indivíduos especialistas no tema.

## **2.3 – Metodologia**

### **2.3.1 – Instrumentos**

Para concretizar este projeto, iria reunir com a Associação dos Profissionais da Guarda (APG) e a Associação Socio-Profissional e Independente da Guarda (ASPIG), para mostrar o âmbito do projeto e pedir as suas opiniões e apoio à concretização do mesmo. Caso o projeto fosse aceite e por estas entidades e, uma vez realizadas possíveis alterações propostas por estas, existiria a possibilidade reunir também com o Ministério da Administração Interna. Seguidamente, iria propor este projeto a um programa com um fundo europeu que se chama POCTEP 2014-2020, que visa melhorar a capacidade institucional e a eficiência da administração pública. No caso de o projeto ser aprovado neste programa, estariam reunidas as condições para implementá-lo.

Ainda, para diminuição de custos, utilizaria as instalações da GNR para criar os gabinetes que são propostos. Para além disso, seriam criadas parcerias com a Associação Portuguesa de Criminologia, Ordem dos Psicólogos e outras Ordens às quais pertencessem os profissionais integrantes das equipas multidisciplinares, de forma a obter mais apoio e reconhecimento.

### **2.3.2 - Procedimentos**

Em 2007, foi criada uma Equipa de Apoio Psicossocial com um número telefónico associado para a Linha SOS, que funciona 24 horas por dia e tem como público-alvo todos os militares que necessitem de um ombro amigo, de modo a evitar o isolamento social, ou até para procurar ajuda face às suas adições. Para além da linha SOS, também existem outros mecanismos como o Centro Clínico e os Gabinetes de Psicologia, localizados apenas em Lisboa e no Porto. Nos recursos já existentes a sinalização apenas funciona de forma rápida se o indivíduo decidir pedir auxílio utilizando este meio. Outra forma de ser sinalizando é através do seu Comandante, que o coloca numa extensa lista de espera, passando por um processo de triagem, até lhe ser dada uma solução adequada (Fernandes, 2009).

Assim, como parte integrante deste projeto e de forma a atingir os objetivos propostos, pretende-se inovar o processo de sinalização de fatores e situações de risco, através da realização de monitorizações de 2 em 2 anos, ao contrário do disposto no artigo 169.º n.º 3, do Decreto-Lei n.º 30/2017, 22 de março, que diz que estas monitorizações devem ser realizadas num período máximo de 5 anos, sendo que à medida que a idade aumenta, diminui o período de monitorizações. Neste processo de sinalização estariam integradas equipas multidisciplinares constituídas por criminólogos, psicólogos e profissionais de saúde especialistas. Seria nesta fase que, para além de serem identificados fatores de risco seriam também tomadas algumas medidas preventivas iniciais, como por exemplo, a proibição temporária do uso de arma de fogo, que como foi mostrado nos capítulos anteriores, este é um dos meios utilizados para consumir o suicídio quando se trata das Forças de Segurança. Numa segunda fase seriam reencaminhados para especialistas, onde se pretende que o tempo de espera seja o mais reduzido possível, o que poderá ser exequível com o aumento de clínicas de apoio psicossocial, distribuídas por todo o país de modo a não concentrar o trabalho apenas em 2 locais. Ou seja, propõe-se que em cada Comando Territorial exista um gabinete apoio psicossocial, que preste auxílio e

trate dos processos dos indivíduos sinalizados pertencentes aos Destacamentos Territoriais do Comando e respetivos Postos Territoriais. Isto significa que o número de gabinetes psicossociais seria igual ao número de Comando Territoriais, sem existir custos acrescidos com as instalações, pois seriam utilizadas as já existentes.

### **2.3.3 – Destinatários**

Este projeto destina-se especialmente às Forças de Segurança, mais propriamente aos militares da GNR, independentemente da sua graduação. Poderá eventualmente ser aplicado noutras Forças de Segurança, nacionais ou internacionais, desde que adaptado às necessidades de cada instituição.

## **2.4. – Resultados esperados**

Com a implementação deste projeto, é esperado atingir todos os objetivos propostos, geral e específicos.

Pretende-se que haja de facto uma redução do número de suicídios neste Órgão de Polícia Criminal (OPC) e que certas crenças sejam desmistificadas, para que cada vez mais os projetos e intervenções científicas sejam bem-sucedidos e eficazes.

Pretende-se que o empenho dos especialistas seja recompensado com histórias de sucesso e que os militares, os familiares e a restante sociedade reconheçam o bom trabalho que será desempenhado.

Que os militares sintam que a instituição e os profissionais integrantes são profissionais exemplares e que, de facto, se preocupam com o seu bem estar e com um estilo de vida saudável.

Ainda, que através da eficácia do aperfeiçoamento do Plano de Prevenção Específico para as Forças de Segurança, se consiga aperfeiçoar os restantes planos para combater o Suicídio na população em geral.

Mais ainda, que a nossa sociedade se transforme numa sociedade sensibilizada face a este tema tão estigmatizado e sirva de exemplo para outras sociedades mais ou menos desenvolvidas.

### **3 – Conclusão**

Apesar de se tratar apenas de um Projeto de Graduação, quando o idealizamos também vemos que existem obstáculos que, em caso de aplicação, estariam presentes e teriam de ser ultrapassados para que pudesse funcionar da maneira pretendida, que atingisse os objetivos e os resultados fossem positivos.

Para ser possível aplicar este projeto teríamos alguns desafios e limitações. Seria um desafio conseguir que o estado se disponibilizasse a investir neste projeto, no entanto, se percebesse a sua maior valia e a sua pertinência não hesitaria se o seu objetivo fosse manter as forças de segurança mentalmente saudáveis para que pudesse agir com eficácia perante a missão que lhes foi dada, defender a pátria. A demora da criação dos gabinetes psicossociais e as contratações dos profissionais que os integrariam iria contribuir para uma demora da aplicação do projeto, no entanto, se assim fosse possível, para facilitar e agilizar todas as burocracias, poderia ser aplicado em partes, começando, por exemplo, onde ainda não existe este tipo de apoio, sendo necessária a deslocação para uma das grandes cidades (e.g.: Lisboa).

Refletindo, agora, acerca das limitações, para que projeto seja realmente bom, a ideia não necessita de ser fenomenal, necessita sim de indivíduos que o saibam aplicar e que percebam que assim como existem limitações para os seres humanos, existem também limitações para aquilo que é criado por eles. A possibilidade de uma reduzida quantidade de especialistas e estudiosos que se interessem por este tema seria uma limitação, pois um dos objetivos deste programa é integrar nos gabinetes psicossociais, pessoas especialistas no tema, o que nos iria permitir uma maior eficácia, no que diz respeito à prevenção e à intervenção. Ainda, a falta de sensibilização de toda a sociedade face a este tema poderia também impedir ou dificultar quer o investimento do estado, quer a aplicação do projeto.

Contudo, ainda com todas estas desafios e limitações, creio que apesar de um Projeto de Graduação que visa o aperfeiçoamento e aumento de valências já existentes, seria possível aplicá-lo e reduzir as taxas alarmantes de suicídio num país tão pequeno quanto Portugal.

#### 4 – Referências Bibliográficas

ANDRÉ, W. (2018). Sobre o Conceito de Suicídio. In: *Revista Estação Literária*. (Volume 20/março). pp 154-174. Londrina.

ALMEIDA, F. (2018). O Suicídio: Contribuições de Émile Durkheim e Karl Mar para a compreensão desse fenómeno na contemporaneidade. In : AURORA M. *O Suicídio*. (Volume 11/ n.º1/jan.jun.) pp 119-138.

AZENHA, S. e PEIXOTO, B. (2014). Suicídio, Cultura e Religião. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 3-13. Lidel, Edições Técnicas, Lda.

BRÁS, M. e CRUZ, J. (2014). Mitos e Falsas Crenças sobre os atos suicidas. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 493-504. Lidel, Edições Técnicas, Lda.OMS.(2000). *Prevenção do Suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra.

Decreto-Lei n.º 30/2017, 22 de março.

FERNANDES, W. (2009). *O Suicídio na Guarda Nacional Republicana: A ação de comando na prevenção, contenção e reintegração*. Academia Militar. Lisboa

FERREIRA, S. (2009). Suicídio nas Forças Policiais: um estudo comparativo na PSP, GNR, PJ (Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Legal, pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – ICBAS). Universidade do Porto.

GNR. (2013). *Guia de Prevenção do Suicídio*

PEIXOTO, B. et al. (2014). Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 425-434. Lidel, Edições Técnicas, Lda.

POCTEP 2014-2020. [Em linha]. Disponível em < <http://www.adcoesao.pt/>>. [Consultado em 19/03/2019].

QUARTILHO, M. (2014). Contextos sociais e interpessoais. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 15-31. Lidel, Edições Técnicas, Lda.

SANTOS, J. (2014). Métodos de Suicídio. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 145-156. Lidel, Edições Técnicas, Lda.

SANTOS, M. (2014). Da Proteção e do risco. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 111-115. Lidel, Edições Técnicas, Lda.

SANTOS, J. (2017). *Prevenção do Suicídio e outros comportamentos autolesivos nas Forças de Segurança*.

SARAIVA C. et al. (2014) Investigação em Suicidologia. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 86-98.

Lidel, Edições Técnicas, Lda TURECKI, G. (1999). O Suicídio e a sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Volume 21.

SARAIVA, C. e GIL, N. (2014). Conceitos e limites em Suicidologia. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 41-54. Lidel, Edições Técnicas, Lda.

VEIGA, F. (2014) Epidemiologia. in: Saraiva C. et al. (2014). *Suicídio e Comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. pp 77-84. Lidel, Edições Técnicas, Lda.

.

.







