

# PSICOLOGIA



# PERCEPÇÃO DE MILITARES DO EXÉRCITO BRASILEIRO PERANTE O COMPORTAMENTO SUICIDA

Carolina Souza Neves da Costa<sup>1</sup>, Camila Lisbôa de Azevedo<sup>2</sup>, José Arcelino Ferreira Maia Júnior<sup>3</sup>, Darlene de Araújo Silva Oliveira<sup>4</sup>, Graziela Vidal Lima Austin<sup>5</sup>, Larissa Xavier Oliveira<sup>6</sup>, Diego Thomé Nascimento<sup>7</sup>, Paulo Henrique Luz Mendes<sup>8</sup>, Fabiana Falchetti<sup>9</sup>, Hamilton Ayres Freire de Andrade<sup>10</sup>

**Resumo.** O tema suicídio tem recebido grande atenção por parte das Forças Armadas, a exemplo da recente aprovação das Instruções Gerais para o Programa de Valorização da Vida no Âmbito do Comando do Exército (EB 10-IG-02.015) pela Portaria nº 893, de 25 de julho de 2016. No entanto, pouco se sabe, no EB, sobre as ocorrências de suicídio e a influência do meio militar nessa problemática. Compreender como os militares percebem o comportamento suicida, os estigmas e o conjunto de fatores que podem contribuir para o suicídio no contexto militar são informações cruciais para se implementar iniciativas de prevenção. O presente estudo buscou investigar as crenças, estigmas sociais, julgamentos e sentimentos perante o comportamento suicida entre militares de diferentes níveis hierárquicos. Para isso, realizou-se um estudo de caráter descritivo, transversal e de natureza exploratória por meio da abordagem qualitativa. Para coleta de dados aplicou-se um questionário *online* estruturado utilizando o programa *Lime Survey*. Participaram da pesquisa 74 militares, sendo estes 30 sargentos/subtenentes, 15 oficiais subalternos, 10 oficiais intermediários e 19 oficiais superiores da Escola de Formação Complementar do Exército (EsFCEEx) e Colégio Militar de Salvador (CMS). As respostas foram analisadas por meio de categorias, sendo estas extraídas conforme a demanda. A análise demonstrou que militares associam estigmas como fraqueza, falta de Deus e loucura ao suicídio. Apareceram como risco: finanças, drogas e relações afetivas, além de problemas laborais como o confinamento e distanciamento da família, falta de reconhecimento, estresse e pressão. Militares em cargos de comando demonstraram desejo em ajudar, simultaneamente a sentimento de culpa/

<sup>1</sup> 1º Ten Aluna do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduada em Fisioterapia pela UFSCAR. Mestre e Doutora em Fisioterapia em Neuropediatria pela UFSCAR – University of Hartford. costa.csn@gmail.com.

<sup>2</sup> 1º Ten Aluna do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduada em Psicologia pela UFRJ. camila.azevedo@gmail.com.

<sup>3</sup> 1º Ten Aluno do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduado em Enfermagem pela União de Ensino Superior de Campina Grande. arcelino83@hotmail.com.

<sup>4</sup> 1º Ten Aluna do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduada em Serviço Social. Mestre em Serviço Social pela UFPA. darlenedearaujo@hotmail.com.

<sup>5</sup> 1º Ten Aluna do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduada em Enfermagem pela UERN. grazy\_vlnurse@yahoo.com.br.

<sup>6</sup> 1º Ten Aluna do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduada em Enfermagem pela UFSE. lah.fpd@gmail.com.

<sup>7</sup> 1º Ten Aluno do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduado em Fisioterapia pela Universidade Salgado de Oliveira. diegothome@msn.com.

<sup>8</sup> 1º Ten Aluno do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduado em Serviço Social pela UFSC. luzph80@hotmail.com.

<sup>9</sup> 1º Ten Aluna do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2016. Graduada em Terapia Ocupacional pela USP. fabifalchetti@hotmail.com.

<sup>10</sup> Capitão do Quadro Complementar de Oficiais. Turma de 2004. Graduado em Psicologia. Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba. Instrutor de Psicologia do CF/QCO e Chefe da Seção Psicopedagógica da EsFCEEx hamiltonjampa@gmail.com.

responsabilidade por seus subordinados. Suportes social e institucional foram apontados como protetivos para o suicídio. Conclui-se necessária a inclusão de projetos psicoeducativos, para orientar a identificação e ações preventivas diante do risco de comportamento suicida.

**Palavras-chave:** Suicídio. Militares. Prevenção.

**Abstract.** Suicide has been viewed as an important health problem by Brazil Army, since that implementation of the suicide prevention program: Prime for Life (EB 10-IG-02.015). However, little is known about suicide factors related to military context. Our study investigated beliefs and perceptions against suicide in a sample of military (School of Complimentary Army Training and Military College of Salvador – EsFCEx/CMS), based on qualitative approach. For that, an online questionnaire was applied for 30 sergeants and sublieutenant, 15 subaltern officers, 10 intermediary officers and 19 senior officers, using Lime Survey Software. We opted for analysis of categories. We verified that military sample make a correlation between weakness, lack of God and madness to suicide behavior. Self-estimate risk factor for suicide are finance, drugs and personal relationships, and confinement, homesickness, job stress and burnouts military issues. Feeling of responsibility/guilty for subordinates increased as military rank increased. Social and Institutional supports were identified as self-estimate protective factor for suicide. We conclude that inclusion of psycho education programs for suicide prevention is needed, in order to provide insight to the actions of identification and care in the army population.

**Keywords:** Suicide. Military. Prevention.

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um ato de violência autoinfligido, que está, na maioria dos países, entre as dez principais causas de morte, constituindo-se num problema de saúde pública (KRUGER; WERLANG, 2010). A cada ano ocorre cerca de um milhão de mortes por suicídio no mundo, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Morrem mais pessoas por suicídio do que o total de mortes em guerras, atos terroristas e violência interpessoal (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2006).

A temática tratada tem recebido grande atenção no âmbito do Exército Brasileiro (EB), por meio da aprovação da Portaria nº 893, de 25 de julho de 2016, das Instruções Gerais para o Programa de Valorização da Vida (PVV) no Âmbito do Comando do Exército (EB 10-IG-02.015) (BRASIL, 2016). O PVV, em linhas gerais, tem por objetivos desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, prevenção, tratamento e de recuperação da saúde. O programa ainda objetiva identificar a prevalência dos fatores determinantes do suicídio e traçar a epidemiologia relacionada aos transtornos mentais a fim de desenvolver ações de prevenção ao suicídio.

Dados obtidos junto a representantes do Gabinete do Comandante do Exército (Gab Cmt Ex) evidenciam que no período de 2010 a outubro de 2016 houve 107 casos de suicídio notificados entre militares, perfazendo um coeficiente médio de 6,8 casos para cada 100 mil integrantes da Força. Há, entretanto, grande variabilidade no

número de casos a cada ano. Em 2012, por exemplo, houve um pico de 20 suicídios, a um coeficiente de 9,1 (66% acima do coeficiente médio nacional naquele ano).

Baseando-se nas classificações da Organização Mundial da Saúde, essa taxa apresenta-se classificada como mediana. No Brasil, o coeficiente médio de mortalidade, na população em geral, por suicídio no período 2004-2010 foi de 5,7% (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEAGA, 2012). Esse valor, se comparado aos de outros países, pode ser considerado baixo. Nos EUA, por exemplo, a taxa de suicídio entre militares foi de 18/100 mil pessoas. Um estudo recente de Constantino, Bezerra e Minayo (2013), do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Fundação Oswaldo Cruz – constatou que a taxa de suicídios entre policiais civis e militares do Rio de Janeiro é 3,65 vezes a da população masculina e 7,2 vezes a da população geral. De acordo com Miranda (2016), de 1995 a 2009, a Polícia Militar do Rio de Janeiro notificou 58 casos de suicídio e, ainda, 36 tentativas, concluindo-se, assim, que o risco relativo de morte de policiais por suicídio foi quase 4 vezes superior ao da população geral.

Dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil derivam de informações de atestados de óbitos compilados no Ministério da Saúde, os quais costumam ser subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia estimou que 15,6% dos óbitos não são registrados; entre esses 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter

sido notificados (BRASIL, 2015). A dificuldade de estatísticas confiáveis é um problema, visto que os registros de suicídio não são oficialmente informados pelas incorporações e instituições militares. Há ainda fatores que dificultam a divulgação desses dados, como a não autorização da família em virtude de vergonha e medo de retaliações.

Estudos apontam que o uso de determinado método para o suicídio relaciona-se com a disponibilidade, aceitação cultural e letalidade. Portanto, o fácil acesso a armas de fogo é fator importante a ser considerado na prevenção ao suicídio nas Forças Armadas. Conforme Lovisi e colaboradores (2009), a utilização de armas de fogo é o segundo meio mais frequente utilizado por suicidas (19% dos casos na população geral).

No entanto, pouco se sabe, no EB, sobre as ocorrências de suicídio. Além disso, informações mais detalhadas sobre as tentativas de suicídio e a influência do meio militar para a ocorrência destas não são estudadas no EB e, portanto, não estão disponíveis para as tomadas de decisão. O problema do estudo presente pauta-se na seguinte questão: como os militares percebem outros militares com comportamento suicida, os estigmas encontrados e quais os principais problemas e causas que o militar enxerga como possível engatilhamento para o suicídio? As respostas de tais questões são informações cruciais para se implementar iniciativas de prevenção que potencialmente sejam favoráveis nessa população.

Assim, o estudo presente visa a investigar crenças, estigmas

sociais, julgamentos e sentimentos perante o comportamento suicida entre militares de diferentes níveis hierárquicos, no contexto de uma Organização Militar.

## 2 METODOLOGIA

O estudo foi de caráter descritivo, transversal e de natureza exploratória. A coleta dos dados foi realizada entre militares que servem em uma escola de formação de oficiais localizada em Salvador-BA. A abordagem utilizada foi a qualitativa e as informações foram coletadas por meio de um questionário *online* estruturado, utilizando o programa *Lime Survey*. Assim, foram convidados a participar 162 militares; desses 91 militares aceitaram participar e responder o questionário. No entanto, 17 militares não terminaram de responder a pesquisa, totalizando uma amostra de 74 militares, na qual inclui 30 sargentos e subtenentes (SGT/ST), 15 oficiais subalternos (OF SUB), 10 oficiais intermediários (OF INT) e 19 oficiais superiores (OF SUP).

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Seção de Coordenação e Doutrina. A participação dos voluntários estava expressamente atrelada ao aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve divulgação de informações e resultados que pudessem permitir a identificação dos sujeitos, de forma a garantir a participação sigilosa, e evitar a utilização indevida dos dados coletados ou ações de desagravo aos militares participantes. Dados referentes a sujeitos que desistiram de participar do estudo não foram

computados.

A primeira parte do questionário objetivou caracterizar a amostra estudada, contendo questões sobre informações sociodemográficas como: sexo, tempo de incorporação, participação em missões de paz e pelotões de fronteiras, religião, frequência a cultos religiosos e ainda familiaridade com pessoas que cometeram suicídio. A segunda parte continha as seguintes perguntas: 1) Se um militar próximo a você se matasse, o que você pensaria dessa atitude? 2) O que você acha que levaria uma pessoa/militar a se matar? 3) O que você acha que pode evitar que uma pessoa/militar cometa

suicídio?

Os dados coletados foram analisados qualitativamente por categorias, sendo estas extraídas conforme a demanda das respostas.

### 3 RESULTADOS

Os dados apresentados a seguir são divididos em duas partes. A primeira parte é destinada a uma caracterização da amostra estudada considerando as questões sociodemográficas. Na segunda parte, o foco é dirigido para a exposição dos resultados da análise qualitativa alcançados com a entrevista.

#### 3.1 Caracterização da Amostra

**Tabela 1** – Caracterização da amostra de militares nos diferentes níveis hierárquicos.

	PRAÇAS	OFICIAIS			Total (%) N(%)
	SGT/ST N(%)	OF SUB N(%)	OF INT N(%)	OF SUP N(%)	
<b>Sexo</b>					
Masculino	28(42.4)	12(18.2)	9(13.6)	17(25.6)	66 (89.2)
Feminino	2(25)	3(37.5)	1(12.5)	2(25)	8 (10.8)
<b>Tempo de Incorporação</b> (meses)					
Média (DP)	214.8(101.4)	187.2(121.3)	164.4(72)	292.4(49.8)	222.3(100.9)
<b>Considere-se uma pessoa religiosa?</b>					
Não	10(35.7)	6(21.4)	7(25)	5(17.9)	28(37.8)
Sim	20(43.5)	9(19.6)	3(6.5)	14(30.4)	46(62.2)
<b>Religião</b>					
Católica	18(42.9)	9(21.4)	8(19.0)	7(16.7)	42(60)
Evangélico	6(42.9)	4(28.6)	0(0.0)	4(28.6)	14(20)
Espírita	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)	2(2.1)
Agnóstica	2(22.2)	1(11.1)	1(11.1)	5(55.6)	9(12.9)
Outros	1(25)	0(0)	1(25)	2(50)	4(5.7)
Não tem	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)	1(1.4)

<b>Com que frequência vai à igreja?</b>					
1x/semana	1(33)	0(0)	0(0)	0(0)	3(3)
1x/mês	6(30)	5(40)	3(15)	6(30)	20(20)
2-3x/ano	10(52)	1(0.5)	2(10.5)	3(15.7)	19(19)
1x/ano	9(45)	0(0)	2(10)	6(30)	20(20)
Não	6(30)	2(10)	2(10)	2(10)	20(20)
Quase nunca	6(6)	7(7)	1(1)	4(4)	18(18)
<b>Já participou de missões de paz?</b>					
Não	21(37.5)	12(21.4)	7(16.2)	13(30.2)	43(58.1)
Sim	9(50)	3(16.7)	3(9.6)	6(19.3)	31(41.8)
<b>Já serviu em pelotões de fronteiras ou outras guarnições muito isoladas?</b>					
Não	14(32.5)	9(20.9)	7(16.2)	13(30.2)	43(58.1)
Sim	16(51.6)	6(19.3)	3(9.6)	6(19.3)	31(41.8)
<b>Conhece alguém que tentou se matar?</b>					
Não	10(27.8)	6(16.6)	7(19.4)	5(13.8)	28(37.8)
Sim	20(43.5)	9(19.6)	3(6.5)	14(30.4)	46(64.71)
<b>Entre as pessoas que cometeram suicídio, qual percentual você estimaria que sofririam de doença mental?</b>					
Média (DP)	23.8(32.7)	15.6(24.5)	20.1(19)	31.3(31.3)	23.3(29.1)

Fonte: Autores, 2016.

Dos militares, apenas 11% são do sexo feminino, distribuídas entre a graduação de SGT e postos de OF. A média do tempo de incorporação foi

222.3 meses (18.5 anos). 24.3% dos militares participaram de missões de paz entre SGT e OF. 31% serviram em pelotões de fronteiras



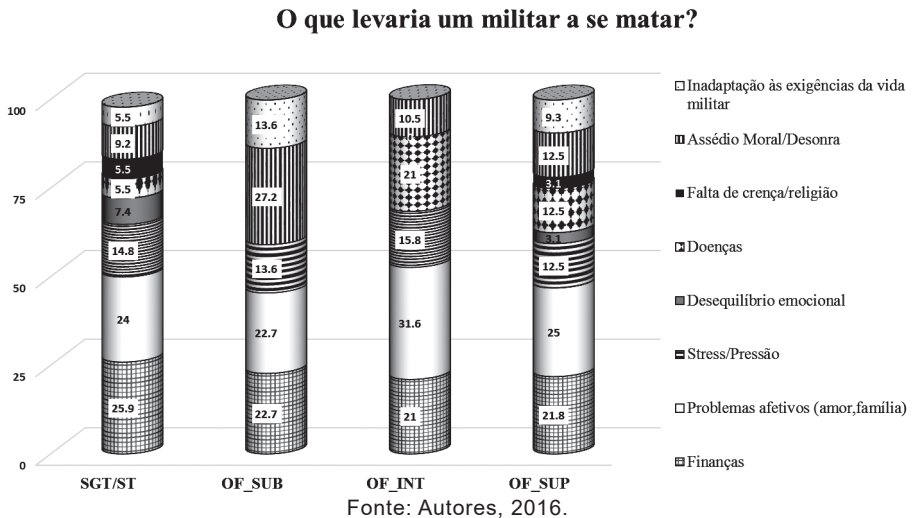
ou em guarnições muito isoladas. Além disso, 62.2% dos militares se consideram religiosos, com uma distribuição variável de frequência à igreja. A religião mais frequente foi a católica (60%), e secundariamente a evangélica (20%). Dos 74 militares que responderam, 64.7% admitiram ter conhecido alguém próximo que tentou se matar ou mesmo cometeu o ato. A média geral do percentual de estimação da presença de doenças mentais de pessoas que cometeram

suicídio foram 23%. Entre os oficiais superiores esse percentual aumenta para 31.3%.

### 3.2 Abordagem Qualitativa

Para a pergunta “O que você acha que pode levar um militar a se matar?”, levantou-se a frequência dos principais motivos apontados pelos militares, demonstrada na Figura 1.

**Figura 1** – Motivos relacionados ao comportamento suicida apontados pelos militares.



Os fatores relacionados a problemas financeiros, afetivos, estresse e pressão foram apontados por militares de todos os graus hierárquicos. O desequilíbrio emocional e falta de crença/religião foram apontados apenas pelos SGT/ST e OF SUP. Além disso, o assédio moral e a pressão do superior são citados por militares de todos os níveis hierárquicos, porém, no grupo OF SUB, esse fator se destaca, juntamente com a inadaptação às

exigências da vida militar.

Para a pergunta “O que você pensaria de um militar que tentou se matar?”, extraiu-se as seguintes categorias ilustradas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Definição das categorias de sentimentos perante o comportamento suicida

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>Palavras-chaves</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Indiferença</b>	O militar parece não se incomodar ou acredita que nada poderia ter sido feito.	Nada, não sei, não importa.	“Nada a princípio...problema dele...”
<b>Julgamento Negativo</b>	O militar cita palavras e adjetivos que refletem uma opinião negativa perante o comportamento suicida.	Fraqueza, covarde, pobre de espírito, falta de Deus.	“...que ele é um fraco que prefere se livrar das dificuldades ao enfrentá-las”
<b>Justificativa</b>	O militar busca algum motivo que justifique o comportamento suicida.	Doença, problema grave, sem saída, sem caminho, sem solução, desespero.	“Doença mental, problema grave, sem saída, sem caminho, desespero, muito sofrimento...”
<b>Sentimento de responsabilidade</b>	O militar se sente responsabilizado ou mesmo se implica na possibilidade de evitar a possível tentativa suicida.	Ajuda, falta de ajuda, atenção, identificar a tempo.	“Que algum superior ou companheiro poderia ter percebido a situação antes do fato consumado e procurado ajudar ou alertado a quem pudesse”
<b>Sentimento de respeito</b>	O militar acredita que aquele que se mata possui direito e o respeita pela tomada de decisão do outro.	Respeito, direito de cada um, livre, liberdade, escolha.	“Cada ser humano é livre para tomar as suas decisões”

Fonte: Autores, 2016.

A Figura 2 ilustra as principais categorias de sentimentos perante o comportamento suicida de militares de diferentes níveis hierárquicos.

O sentimento de “indiferença” perante o comportamento suicida foi apontado apenas por oficiais, enquanto que o “juízo negativo”

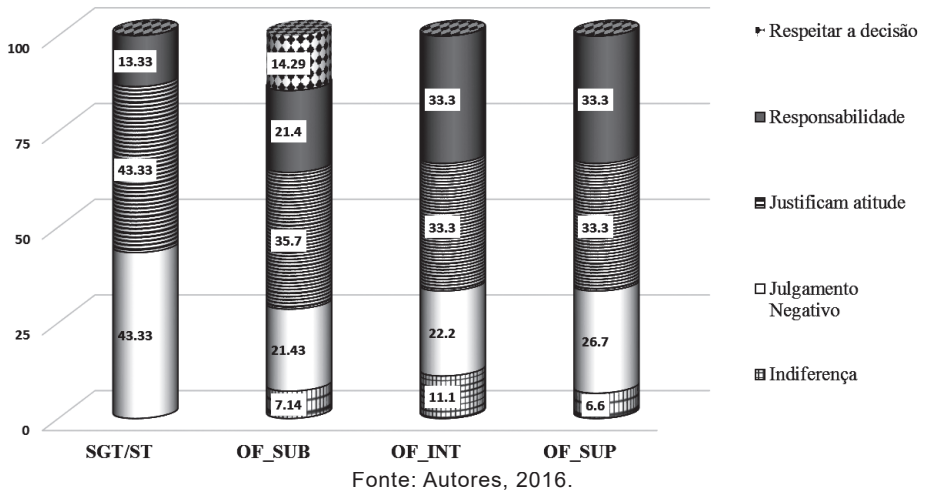
e os que “justificam a atitude” foram percebidos em todos os militares. O sentimento de “responsabilidade” também aumentou conforme o aumento do nível hierárquico.

Para a questão “Na sua opinião, o que pode evitar um militar de se matar?”, levantou-se a frequência

das principais soluções apontadas Figura 3. pelos militares, demonstrada na

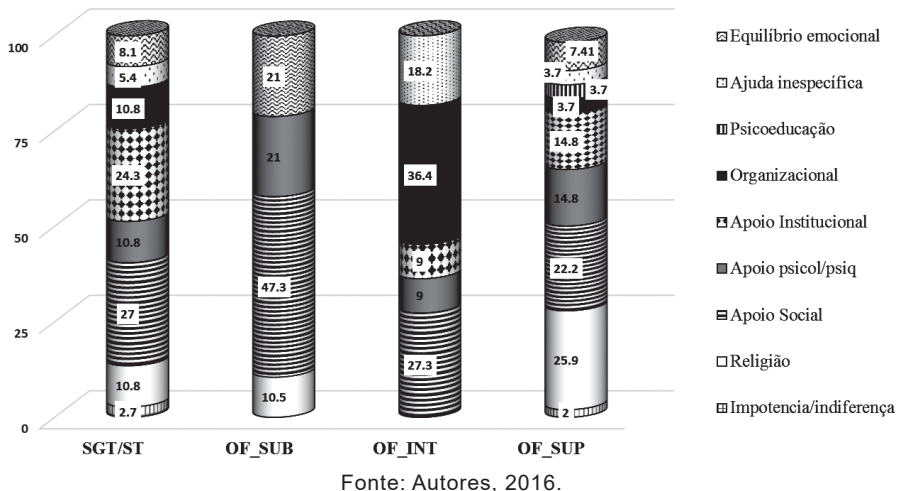
**Figura 2** – Sentimentos relacionados ao comportamento suicida apontados pelos militares.

### O que pensaria de um militar que se matasse?



**Figura 3** – Principais soluções/estratégias que poderiam evitar o comportamento suicida apontados pelos militares de diferentes níveis hierárquicos.

### O que poderia evitar que um militar se matasse?



As soluções de prevenção mais citadas entre os militares foram “apoio social” e “apoio psicológico e psiquiátrico”. A “religião” e o “equilíbrio emocional” foram apontados como soluções por todos os níveis hierárquicos, com exceção dos OF INT, grupo em que aparece com maior frequência as categorias “ajuda inespecífica” (consciência de que o outro necessita de ajuda mas não aponta especificadamente qual medida deve ser adotada) e “organizacional” (reorganização do ambiente de trabalho). Verifica-se, ainda, que o grupo de OF SUB foi o único que não apontou “suporte institucional” e “clima organizacional” como soluções para evitar o comportamento suicida. Esse mesmo grupo apontou anteriormente o “assédio moral/desonra” no trabalho como fator de risco para o comportamento suicida, o que parece refletir um sentimento de descrença em relação à Instituição.

#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo objetiva investigar crenças, estigmas sociais, julgamentos e sentimentos perante o comportamento suicida entre militares de diferentes níveis hierárquicos, no contexto de uma Organização Militar do EB.

Baseando-se em nossos resultados, 66% dos militares admitiram ter conhecimento de alguém próximo que tentou se matar ou mesmo cometeu o ato. Bertolote e colaboradores (2005) afirmam que o risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas.

Entre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de autoextermínio, segundo Vidal, Gontijo e Lima (2013), estima-se que de 30% a 60% tiveram tentativas prévias e 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. Estima-se ainda que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos, e que tentativas sejam até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios consumados. No entanto, para cada tentativa documentada os autores acreditam que existam outras quatro não registradas (SCHMITT et al., 2008; CORREA & PEREZ, 2006; MARÍN-LEON; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012). Nesse sentido, o fato de a maioria da amostra ter assumido conhecer alguém próximo que tentou se suicidar ou cometeu o ato nos alerta para a importância de se verificar se esses conhecidos são militares de fato, o que pode ser investigado em futuros estudos. Esse dado também enfatiza a importância de se coletar e registrar tais acontecimentos de maneira mais fidedigna pela Instituição.

Nas respostas da entrevista *online*, foi evidente o sentimento de julgamento negativo pelos militares em todos os graus hierárquicos. Verifica-se, assim, no diálogo dos pesquisados, a presença de um estigma acompanhando o julgamento moral do suicídio, ou seja, o suicídio ainda é um assunto velado, um tabu a ser enfrentado, pois contribui para que as pessoas se sintam envergonhadas, discriminadas e excluídas, dificultando a procura por tratamento, e conseqüentemente, a prevenção (RUSCH et al., 2014).

A vergonha em decorrência do estigma foi associada com uma maior intenção em usar drogas psicotrópicas após uma tentativa de suicídio, e o estigma está associado com uma diminuição na intenção em procurar tratamento psicoterápico (REYNDERS et al., 2014). Isso mostra o quão devastador pode ser o sentimento de estigma em torno das pessoas com comportamento suicida. Pitman e colaboradores (2016) afirmam que o estigma é um dos fatores que pode ser remediado e diminuído com a psicoeducação e orientação dos envolvidos. Em locais onde o estigma em torno do suicídio diminuiu, a tentativa em procurar ajuda melhorou (DYREGROV, 2011). Diante dessa problemática, percebe-se a importância em se desconstruir o estigma relacionado ao comportamento suicida, bem como esclarecer mitos em torno desse problema.

De acordo com Pitman e colaboradores (2016), o comportamento suicida afeta não somente a família, mas também amigos e colegas de trabalho próximos àqueles que detêm o comportamento suicida; além disso, o sentimento de vergonha e rejeição vem acompanhado do sentimento de responsabilidade e culpa. Exatamente como mostram os resultados do presente estudo, o sentimento de responsabilidade em relação ao militar que se suicida também aparece, porém mais significativamente nos grupos de oficiais (subalternos, intermediários e superiores) do que no grupo de subtenentes e sargentos, e aumenta conforme a hierarquia.

Apesar desse sentimento

de responsabilidade aumentar, o sentimento de indiferença apareceu apenas nos grupos de oficiais, não ocorrendo no grupo de subtenentes e sargentos. Sobre essa aparente contradição, pode-se levantar a hipótese de que tal sentimento de indiferença surge como forma de diminuir a dissonância cognitiva provocada pelo fato de o oficial, desde sua formação, ser preparado para estar em função de comando – posição na qual é cobrada responsabilidade sobre seu subordinado –, ao passo que esse militar não se sente instrumentalizado para poder ajudar.

Segundo definição de Aronson, Wilson e Akert (2002), dissonância cognitiva é a sensação de desconforto quando alguém mantém duas ou mais cognições inconsistentes, causada, portanto, pela execução de uma ação discrepante da autoconcepção costumeira e tipicamente positiva que alguém tem de si mesmo. No caso do militar em posição de comando, podemos exemplificar que, ao não saber o que fazer diante de um problema grave de um subordinado, diferentemente do que é esperado dele, esse militar experimenta a desconfortável sensação de dissonância. Para amenizá-la, o oficial pode simplesmente mudar uma de suas cognições dissonantes: por exemplo, afirmando a si mesmo que nada tem a ver com as causas do problema do seu subordinado e que, portanto, não é responsável por ajudá-lo. É preciso, no entanto, fazer novas pesquisas a respeito desse tema para que se tenha mais evidências sobre essas afirmações.

Outra forma possível de se reduzir a dissonância cognitiva é a

mudança do comportamento que está provocando tal desconforto. Por conseguinte, se o oficial souber de alternativas para lidar com a situação – como uma forma diferenciada de ouvir e estar atento aos problemas de seus subordinados, bem como poder encaminhá-los adequadamente –, pode-se esperar a mudança de comportamento desse oficial, modificando uma atitude indiferente para uma atitude empática.

Os militares do presente estudo apontaram como fatores facilitadores para o cometimento do suicídio questões financeiras/dívidas, questões passionais e familiares, envolvimento com drogas e problemas sociais. A Diretoria de Civis, Inativos, Pensionistas e Assistência Social do Exército (DCIPAS) desenvolve alguns programas, voltados aos militares, que podem diminuir alguns fatores relacionados ao suicídio como: Programa de Prevenção à Dependência Química (PPDQ), Programa de Atendimento Social às Famílias dos Militares e Servidores Civis participantes de Missões Especiais (PASFME), entre outros. O EB, por intermédio da Portaria nº 893, de 25 de julho de 2016, em que aprova as Instruções Gerais para o Programa de Valorização da Vida (PVV) no Âmbito do Comando do Exército (EB10-IG-02.015), aponta a preocupação da Força com os assuntos relacionados ao tema suicídio, implementando o programa e o direcionando para que alcance todos os escalões (BRASIL, 2016).

Os resultados verificaram ainda que o isolamento, o desequilíbrio emocional e a falta de crença/religião foram apontados como fatores facilitadores para o suicídio. Vale

salientar que a atividade militar exige do indivíduo, em várias ocasiões, um afastamento do convívio familiar devido às movimentações compulsórias, aos serviços noturnos, às viagens e a outras atividades que em muitas ocasiões trazem reflexos negativos em suas relações afetivas. Interessante que na contramão desses fatores, as soluções de prevenção mais citadas entre os militares foram o apoio social, a religião e o equilíbrio emocional sendo apontados como soluções por todos os níveis hierárquicos na entrevista *online*. Segundo Bos e colaboradores (2016), o suporte social influencia a capacidade de manter a saúde mental e o bem-estar, evitando, assim, os sintomas de depressão, ansiedade e estresse. O suporte social parece ser um fator potencialmente benéfico, tanto entre pares como entre subordinados e comandantes, possibilitando ser explorado por inclusão de iniciativas que o estimulem por meio de ações psicoeducativas, atividades sociais e recreativas.

Na mesma direção, a religião e o equilíbrio emocional foram apontadas como soluções por todos os níveis hierárquicos, com exceção dos oficiais intermediários.

Tobin e Slatcher (2016) verificaram que pessoas religiosas que frequentam a igreja possuem níveis mais baixos de cortisol do que aqueles que não frequentam a igreja, sendo imprescindível para o controle emocional e boa saúde física e mental. A religião pode ser um fator de auxílio no processo de prevenção ao suicídio, e o EB pode divulgar em cartilhas os serviços disponibilizados para esse fim como o Serviço de

Assistência Religiosa do Exército Brasileiro (SAREx).

Além disso, doenças mentais foram frequentemente citadas por oficiais superiores e intermediários como fatores de risco e ainda estavam embutidas nas falas categorizadas como justificativa ao suicídio. Sabe-se que as doenças mentais são os principais fatores de risco para o comportamento suicida. A depressão é a doença mental que está mais associada ao suicídio. Entre as pessoas que estão gravemente deprimidas, 15% se suicidam (BRASIL, 2006). Sendo a depressão o diagnóstico mais comum em suicídios consumados, é de fundamental importância o seu tratamento. Porém, apesar de existir uma grande variedade de tratamentos para a depressão, algumas razões fazem com que essa doença seja ignorada e não seja diagnosticada. Sendo a depressão vista como um sinal de fraqueza, há um sentimento de constrangimento em assumir e admitir a doença. A familiarização com os sentimentos associados à depressão leva ao não reconhecimento dos sintomas da doença (WHO, 2000).

É na contramão desse fator de risco, que o apoio psicológico e psiquiátrico foi o terceiro fator de proteção ao suicídio mais citado entre os militares. Diante do exposto, percebe-se a importância em reconhecer quem apresenta sinais da depressão e ainda encaminhar esses militares a profissionais para o atendimento adequado. Quanto antes for realizado o diagnóstico e instituído o tratamento, melhores serão as chances de evitar que a pessoa cometa suicídio, e,

especialmente, torna-se importante vencer o preconceito estigmatizado em pessoas que necessitem de tratamento psiquiátrico/acompanhamento psicológico.

Há ainda os fatores apontados pelos militares do presente estudo como aqueles desencadeadores e associados ao trabalho. O assédio moral foi citado por todos os grupos, destacando o grupo de oficiais subalternos, que obteve um alto índice nessa categoria. Enfatiza-se, também, nesse mesmo grupo, a ausência de citação do apoio organizacional e apoio institucional como fatores protetivos para o suicídio, itens citados por demais oficiais, subtenentes e sargentos. Pode-se inferir que o grupo de oficiais subalternos parece apresentar certa “descrença” quanto a iniciativas institucionais de apoio ao militar ou de melhoria do clima organizacional, ainda que sinalize significativamente como possível causa de suicídio aspectos atrelados diretamente ao trabalho, como assédio moral e desonra. Vale destacar que a honra é extremamente valorizada na carreira militar. Apesar de não termos dados suficientes para estabelecer uma relação causal entre essas afirmações – como justificar que tal “descrença” da eficiência ou mesmo da existência de iniciativas institucionais como fator protetivo seja em decorrência de situações vividas de assédio moral sem ter havido suporte institucional –, elas refletem a importância de se pensar de que forma as Organizações Militares têm zelado pelo bem-estar do ambiente de trabalho e de seus funcionários.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de uma amostra não-probabilística por conveniência, o presente estudo limita-se à esfera da EsFCEX/CMS. Embora os dados coletados não possam representar a população de militares do EB, a capilaridade presente na amostra nos permite ter uma dimensão mais ampla do problema, visto que alguns militares advêm de diversas regiões do país, e muitos dos pesquisados serviram em outras guarnições; relatando, inclusive, casos de suicídio presenciados nessas guarnições. Os resultados, dessa forma, buscam dar visibilidade às percepções do militar quanto ao sofrimento emocional e psíquico do colega/amigo/comandante/subalterno que detém o comportamento suicida e à urgência de se promover ações de intervenção.

Essa experiência com a EsFCEX/CMS nos ensinou que é possível coletar dados sistemáticos sobre a percepção desses militares de maneira rápida, acessível e confiável. O estigma do tema no âmbito do EB pode afastar militares que precisam de ajuda, o que dificulta o processo de prevenção e tratamento, além de ocasionar o julgamento negativo, conforme evidenciado nos resultados deste estudo. Conclui-se necessária a inclusão de projetos psicoeducativos, para orientar a identificação e ações preventivas diante do risco de comportamento suicida.

## REFERÊNCIAS

ARONSON, E.; WILSON, T.; AKERT, R. **Psicologia social**. Rio de

Janeiro: LTC Editora, 2002.

BERTOLETE, J. M. et al. **Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey**. *Psychological Medicine*. 35: 1457-65, 2005.

BOS. EH. et al. **Preserving Subjective Wellbeing in the Face of Psychopathology: Buffering Effects of Personal Strengths and Resources**. PLoS One. 2016 Mar 10;11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. **Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. DATASUS. Departamento de Informática e Informação do Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 30 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Exército Brasileiro. Portaria nº 893, de 25 de julho de 2016, **das Instruções Gerais para o Programa de Valorização da Vida (PVV) no Âmbito do Comando do Exército (EB 10-IG-02.015)**. Disponível em: <[http://dcipas.dgp.eb.mil.br/phocadownload/legislacao/assistencia\\_social/2016/br\\_30\\_16.pdf](http://dcipas.dgp.eb.mil.br/phocadownload/legislacao/assistencia_social/2016/br_30_16.pdf)>. Acesso em: 30 jun 2016.

CONSTANTINO, P.; BEZERRA, C. M.; MINAYO, M. C. S. **Estresse**



ocupacional em mulheres policiais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 18, p. 657-666, 2013.

CORREA, H.; PEREZ, S. B. O suicídio: definições e classificações. In: Correa H, Perez S, organizadores. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 30-6.

DYREGROV, K. **International perspectives on suicide bereavement: Suicide survivors and postvention in Norway**. In J. R. Jordan, J. L. McIntosh, (Eds.), *Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 467–475). New York: Routledge, Taylor & Frances. 2011.

KRÜGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF (Impr.)**, Abr 2010, vol.15, no.1, p.59-70.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 31, Supl II, p. 86-93, 2009.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 32(5), 351–359, 2012.

MIRANDA, D. **Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Estado do Rio de Janeiro**. Organização: Dayse Miranda. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a equipes de saúde mental**.

Organização: Dóliveira e Botega. Ministério da Saúde do Brasil: Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Universidade Estadual de Campinas. 2006.

PITMAN, A. L. et al. **The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults**. 2016.

REYNDERS, A. et al **Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions**. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49(2):231-39.

RUSCH, N. et al. **Does the stigma of mental illness contribute to suicidality?** *Br. J. Psychiatry* 205 (4) (2014 Oct 1) 257–259.

SCHMITT, R. et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do Estado de Santa Catarina. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2008, vol. 30, n. 2, pp. 115-123.

TOBIN, E.T.; SLATCHER. **Religious Participation predicts diurnal cortisol profiles 10 years later via lower levels of religious struggle**. *Health Psychology*, June, 2016.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de

mortalidade. **Cad. Saúde Pública**,  
Rio de Janeiro, jan 2013, p. 175-187.

**WHO. Prevenção do suicídio:  
um manual para profissionais  
da saúde em atenção primária.**  
Genebra, 2000, 22p.