

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO “INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA NA  
CLÍNICA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA”

***REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO NO EXÉRCITO: O (DES) CUIDADO COM O  
SOLDADO QUE NECESSITA DE APOIO EMOCIONAL***

Tais Barcellos de Pellegrini

Porto Alegre, 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO “INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA NA  
CLÍNICA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA”

***REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO NO EXÉRCITO: O (DES) CUIDADO COM O  
SOLDADO QUE NECESSITA DE APOIO EMOCIONAL***

(Monografia apresentada como requisito parcial para Conclusão do Curso de  
Especialização em Intervenção Psicanalítica na Clínica da Infância e  
Adolescência – sob orientação do  
Prof. Dr. Amadeu de Oliveira Weinmann)

Tais Barcellos de Pellegrini

Porto Alegre, 2017

## SUMÁRIO

RESUMO.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
1. A definição do fenômeno suicídio.....	9
1.1. A perspectiva biológica.....	9
1.2. Abordagem psicanalítica.....	10
1.3. Abordagem sociológica.....	13
1.4. Masculinidade e suicídio.....	16
2. Suicídio no Exército.....	18
3. Análise e discussão do tema.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

## RESUMO

O suicídio é todo ato praticado pela pessoa com a intenção de causar a própria morte e tem sido tratado como um problema de Saúde Pública pela alta prevalência nos dias atuais. Pode ser analisado a partir de três diferentes perspectivas: a constituição biológica do indivíduo, sua constituição psíquica e suas determinações sociais. Programas de prevenção ao suicídio devem ser prioridade nas políticas públicas do nosso país e podem ser adotados por instituições, como, por exemplo, o Exército. O objetivo deste trabalho é tecer considerações sobre o modo como o militar entende e atua com as situações que envolvem militares que tentam ou planejam o suicídio. Nos discursos dos militares, foram observadas contradições, Alguns afirmaram realizar acolhimento em relação aos sentimentos e/ou intenção de suicidar-se e, conseqüentemente, encaminhavam ao serviço de apoio médico e/ou psicológico. Entretanto, relataram dificuldades de interpretar a vontade real e situação de risco efetivo, visto que, em algumas situações, não percebiam real intenção de suicídio. Assim, entende-se que os encontros podem servir de âncora para novas propostas a serem implementadas junto aos militares, a fim de construir um ambiente mais igualitário, humano e acolhedor. Isto tende a possibilitar a abertura de caminhos em direção à mudança de paradigmas conservadores, bem como valorizar ações que possibilitem transformações nas atitudes e sentimentos voltados ao respeito ao doente mental.

Palavras-chave: Suicídio, Prevenção, Cuidado.

## INTRODUÇÃO

No ano de 1897, o conceito de suicídio foi definido por Durkheim (1982) como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria este resultado. Pode ser definido também pela tentativa ou ato que não resulta em morte, mesmo que tenha a intenção. No que diz respeito a suas causas, este fenômeno pode ser entendido a partir de circunstâncias sociais e suas relações com outros fatos de âmbito coletivo.

O suicídio, além de ser uma questão filosófica, constitui-se, na atualidade, em um problema de saúde pública. No mundo, a cada 40 segundos uma pessoa morre por suicídio e, a cada três segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida (Organização Mundial da Saúde, 2000).

Em dados internacionais, Wasserman, Cheng e Jiang (2008) estimaram em 7,4/100 mil a taxa de suicídios entre jovens de 15 e 19 anos, com dados pesquisados em 90 países. Entre os países com maiores taxas de suicídio estão: Sri Lanka (46,5/100 mil), Lituânia (23,9/100 mil) e Rússia (23,6/100 mil). No Brasil, a estimativa foi de 4,2/100 mil, considerada baixa em escala mundial, ocupando assim o 71º lugar.

Pesquisadores brasileiros estimam que no Brasil, em 2006, as taxas de suicídio registraram uma média de 5,7/100.000 para a população em geral. Foram constatadas também maiores taxas entre jovens do sexo masculino (10,5/100 mil) do que do sexo feminino (4,1/100 mil), com a Região Sul apresentando médias acima das demais regiões do país, encabeçadas por RS, com 11/100 mil (Werlang & Botega, 2004). Contudo, vale ressaltar que tais dados precisam ser usados com cautela, uma vez que o suicídio, por ser um tema tabu para a sociedade ocidental, passa a ser subnotificado, gerando assim informações imprecisas quanto aos casos.

Em outra pesquisa realizada por pesquisadores brasileiros, as taxas de suicídio em homens com menos de 60 anos atingiu, em 2005, a marca de 11/100mil habitantes, com declínio, em 2006, para 7,1/100mil. Referente ao sexo feminino, a média, em 2006, fora de 3,4 suicídios de homens para cada mulher (Meneghel et al., 2004). Um estudo realizado por Marín-León e Barros (2003), em São Paulo, apontou um aumento nos índices de suicídio de homens e mulheres na fase adulta, entre 35-54 anos, no período de 1997-2001, com taxa de 6,6/100mil, indicando assim predominância de óbitos por suicídio na fase adulta. No Rio

Grande do Sul, Meneghel et al. (2004) também observaram aumento nas taxas de suicídio, indo de 9/100mil na década de 1980 para 11/100mil no final da década de 1990, tendo este nível aumentado mediante a alta taxa de mortalidade masculina.

Observa-se que no Brasil a mortalidade por suicídio pode apresentar um número diferente do que é conhecido, tendo em vista que muitas vezes não há a notificação dos casos, decorrente do estigma social que favorece a omissão desses casos (Machado e Santos, 2016). O ato suicida está entre as dez principais causas de óbito de pessoas maiores de cinco anos de idade, em todos os países. Nos últimos 30 anos, têm ocorrido um crescimento constante na taxa de suicídios entre os mais jovens. No Brasil, em 2004, o suicídio foi a 5ª causa de morte entre jovens na idade de 10 a 19 anos, segundo dados da Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (2006), superando, em algumas localidades, as faixas etárias mais elevadas (Krüger, 2007). Existem estimativas de que os números de casos de morte por suicídio tendem a aumentar até 2020, passando para 1,5 milhões de casos no mundo (Costa, 2013).

Os suicídios podem ser verificados nas mais variadas culturas, religiões e ideologias políticas. Percebe-se que as pessoas que cometem o suicídio são vistas como frágeis e vulneráveis e os militares também podem estar sendo alvo destas construções sociais, as quais influenciam crenças e atitudes estigmatizantes em relação às pessoas que tentam ou cometem o suicídio. Isto pode ser explicado pela ideia de que o militar pode não estar sendo visto associado à prática do suicídio, por serem treinados para a solução de conflitos. Nesse sentido, o suicídio denotaria uma falta de controle emocional (Merino, 2010). Em sua profissão, o militar é treinado para saber lidar com um conjunto de tarefas e cumprir com suas obrigações, mesmo que isto implique em um impasse pessoal. Suas atividades militares estão além do serviço diário, demandando em sua função um constante estado de alerta (Moraes, 2008).

O interesse pela temática do suicídio surgiu em decorrência de prática de atendimento psicológico em um Hospital Militar do interior do Rio Grande do Sul, ao experienciar muitas situações de acolhimento, tratamento e acompanhamento de sujeitos que vivenciam riscos em relação ao suicídio. Foi observado nesse processo o quanto os profissionais que lidam diretamente com esta demanda ainda se mostram despreparados para lidar com esse tipo de situação, fazendo refletir acerca desse tema. Pode-se observar que existem muitas dúvidas e mitos em torno do tema, por se tratar da morte e também ser um tabu em nossa sociedade. Em linhas gerais, procurou-se mostrar aspectos do cotidiano dos militares que necessitam de apoio

emocional ao entrar na rotina de treinamentos militares e a maneira que estes são acolhidos e/ou encaminhados dentro da instituição. A respeito do processo de encaminhamento do militar, ele realiza as atividades de rotina em quartéis que têm a sua própria estrutura de saúde, na qual, geralmente, ele deverá receber o primeiro acolhimento quando necessário. A partir daí, caso ele precise de uma atenção especializada ele é encaminhado ao Hospital Militar, que engendra uma estrutura de ambulatorios, pronto atendimento, internação e unidade de cuidados intensivos. Outro fator a considerar é o fato de os militares apresentarem algumas dificuldades na adesão ao tratamento psiquiátrico e/ou psicológico, quando demonstram necessidade de serem acolhidos devido às questões relacionadas à tentativa e risco de suicídio.

Apesar deste contexto, na observação dos dados deste trabalho pode-se constatar que as forças armadas têm se voltado a priorizar medidas de prevenção ao suicídio com estratégias de encontros e elaboração de programas de treinamento para os militares que lidam com estas situações. A Diretoria de Civis, Inativos e Assistência Social promoveu, no ano de 2015, um Encontro sobre Prevenção ao suicídio, que contou com a participação de entidades militares, membros da sociedade civil (secretarias da saúde), Centro de Valorização da Vida (CVV) e Polícia Militar e teve como objetivo discutir a temática do suicídio, com vistas ao desenvolvimento de um programa de prevenção voltado aos militares, servidores civis e seus dependentes, no âmbito do Comando do Exército (Diretriz de Comando – prevenção ao suicídio no âmbito militar do sudeste, 2015). A partir desta medida, levantaram-se alguns dados estatísticos no que diz respeito ao fenômeno do suicídio no Exército. Constatou-se que 74% das vítimas de suicídio estão com idades entre 19 e 25 anos, sendo que 33% destas vítimas realizaram a ação durante a execução do serviço, utilizando armamento militar. Pesquisa realizada no ano de 2010 até 2016 mostra que ocorreram 111 mortes por suicídio no Exército Brasileiro, no período.

Considerando isto, ocorreram neste Hospital Militar três encontros, com um total de, aproximadamente, 6 (seis) horas de duração. Estes encontros tiveram como finalidade reunir militares convidados para discutir e trocar informações sobre o tema suicídio. Encaminhamos aos quartéis da cidade um convite virtual e participaram dos encontros cerca de 70 militares, entre homens e mulheres, sargentos, subtenentes, tenentes e majores da área operacional e da saúde. Falar sobre o suicídio, derrubar tabus e compartilhar informações ligadas ao tema foi o propósito dos encontros realizados com os profissionais do Hospital Militar, representados por dois tenentes, sendo uma psicóloga, um psiquiatra, estagiárias de psicologia e militares ligados

às diferentes guarnições. Dentre os temas tratados, salientamos: questões estatísticas sobre o suicídio no Brasil, como o suicídio pode ser prevenido, identificar atitudes e estratégias que permitam atuar junto às pessoas que tentam o suicídio.

O objetivo deste trabalho é realizar algumas reflexões a respeito do modo como o militar do exército entende e atua com as situações que envolvem os sujeitos que tentam ou planejam o suicídio. Investigar a percepção dos militares a respeito da masculinidade e entender o caminho percorrido pelo militar que apresenta algum tipo de sofrimento emocional e necessita de atendimento psicológico ou psiquiátrico tende a possibilitar a abertura de caminhos em direção à mudança e à recuperação. Isto pode contribuir com a valorização de ações que visam possibilitar transformações nas ações e sentimentos voltados ao respeito ao doente mental e igualdade de direitos entre os homens e as mulheres, a fim de mobilizar mudanças nos papéis masculinos e femininos na sociedade. Pensamos que é importante que os militares se dêem conta de conceitos estereotipados e naturalizados sobre questões referentes às masculinidades que compartilhamos devido à educação diferenciada de gênero.

Salienta-se a importância desse estudo para que se possa falar e debater o assunto no contexto militar, sendo que há poucos estudos específicos. Observaram-se algumas dificuldades tanto do homem militar de buscar ajuda e apoio emocional quanto do militar responsável por encaminhar estes casos ao serviço de saúde. Assim, comportamentos resistentes à procura pelo atendimento e cuidado em saúde podem estar sendo influenciados por modelos de “ser” masculinos construídos socialmente, pois ditos como “ser forte”, “ser superior”, “não ter tempo para se cuidar”, podem existir devido ao medo “viril” que o homem tem de ser excluído do mundo dos “homens” sem fraquezas e daqueles que são chamados de “duros”, tanto com seu próprio sentimento quanto com o sentimento do outro (Bourdieu, 1999).

Neste trabalho, o tema do suicídio vai ser abordado a partir de três vertentes teóricas: a biológica, que, de certa forma, fundamenta a psiquiatria tradicional; a psicanalítica, a partir da teoria freudiana; e a sociológica, aqui representada por dois grandes nomes na formação da Sociologia Moderna: Durkheim e Bourdieu. Após definições acerca do fenômeno, será realizada uma reflexão teórica sobre o suicídio no contexto militar.

É importante comentar minha posição diante da realidade observada neste estudo, pois, como psicóloga e militar, tenho alguma familiaridade com as especificidades desta experiência. Estas observações nos remetem à questão metodológica de que é importante

buscar realizar a inserção na realidade militar, de modo a observar como se dão as relações entre os indivíduos e, ao mesmo tempo, manter distância dela.

## **1. A DEFINIÇÃO DO FENÔMENO SUICÍDIO**

### **1.1 A perspectiva biológica**

Esta perspectiva associa as causas do suicídio com alterações mentais que levam os indivíduos a apresentarem pouca resiliência em relação aos eventos desagradáveis em suas vidas. A principal correlação para o suicídio se apresenta mediante ideação ou intento suicida prévio, associando-se a fatores de risco, tais como a depressão maior, devido, em grande parte, a dificuldades no enfrentamento de frustrações pessoais, disfunção familiar, abuso sexual, maus-tratos, bem como a não satisfação das necessidades básicas. Ademais, uso de substâncias psicoativas, perda de alguém próximo por suicídio, acesso a armas de fogo, ser vítima de algum tipo de violência, transtornos psiquiátricos, questões sócio-econômicas, problemas de interação social, abuso físico e/ou sexual, eventos estressantes, mudanças constantes de domicílio, falta de suporte social, conflitos intrafamiliares, transtornos alimentares e alterações neuropsicológicas também são apresentados como fatores potencialmente de risco na infância e adolescência (Botega et al., 2005; Gómez et al., 2002; Larranguibel et al., 2000; Pavez et al., 2009; Silva & Maia, 2010).

Dados de pesquisas revelam que a depressão é um dos quadros clínicos mais associados ao fenômeno do suicídio. Ela se caracteriza pelo rebaixamento do humor, diminuição da concentração e fadiga. Observa-se quase sempre diminuição da autoestima e da autoconfiança, sentimentos de culpa e de indignidade. Em geral, aparecem problemas de sono, modificações no apetite e perda da libido. A quantidade de sintomas e a intensidade deles permitem determinar o grau do episódio depressivo: leve, moderado ou grave. Em sua forma mais grave, vários sintomas antes descritos tornam-se mais acentuados e são acrescidos de ideias e/ou atos suicidas (DSM V; Minayo e Cavalcante, 2010).

Esta perspectiva é apresentada em pesquisa realizada por Minayo e Cavalcante (2010), indicando que existe uma significativa correlação entre doenças e transtornos mentais em suicídios de idosos. Em resultado de pesquisa desses autores, as informações apontam que, em

pacientes idosos deprimidos, o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos.

Esta teoria biologicista tem como uma das principais explicações etiológicas para os transtornos de humor as alterações neuroquímicas, relacionadas principalmente a uma menor produção e disponibilidade no cérebro de neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e/ou dopamina. Embora essa vertente seja criticada por seu reducionismo biológico, podemos, em parte, ampliar seu escopo explicativo se pensarmos que essas alterações neuroquímicas refletem o tipo de resposta do organismo (desgaste) diante das exigências do meio social. Alguns estudos, inclusive, mostram que fatores situacionais, frequentes na vida das pessoas, podem desencadear um quadro depressivo.

Os principais fatores de risco, que implicam condutas suicidas, são apontados pela literatura como decorrentes de problemas familiares ou sociais, de abuso de substâncias psicoativas, de enfermidades terminais e de transtornos mentais severos. Falando mais especificamente dos problemas familiares ou sociais, comumente tais questões estão atreladas a perdas afetivas, rompimentos interpessoais significativos, a decorrências financeiras e a histórico familiar de suicídio (Almeida et al., 2009; Meneghel et al., 2004).

Por outro lado, devem-se indicar os possíveis fatores protetivos na idade adulta. Castro-Rueda et al. (2010) elencam algumas contribuições, feitas com o intuito de evitar condutas suicidas, tais como: presença de razões para viver; responsabilidade para com a família, mais precisamente com o(s) filho(s). Somando-se a eles, boas relações familiares e interpessoais; satisfação nas atividades cotidianas; flexibilidade aos problemas e busca de ajuda em momentos críticos também se apresentam como comportamentos preventivos ao comportamento suicida (Caycedo et al., 2010).

## **1.2 Abordagem psicanalítica**

Em uma conferência intitulada *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*, Freud (1910/1969) aborda o suicídio como algo obscuro e de causas misteriosas e só neste trabalho ele apresenta a importância de retratar a pulsão de autodestruição para explicar o fenômeno do suicídio.

Diante da pulsão de vida subjugada, Freud passa a reformular a pergunta inicial sobre uma tendência à autodestruição, que poderia ser provocada por uma decepção da libido devido

a causas externas, para uma nova concepção concernente a uma renúncia à autopreservação por parte do eu, que poderia surgir de causas internas, de motivos próprios do eu. O deslocamento da investigação para o campo do eu estabelece a necessidade de considerar a melancolia e o luto para responder às questões ao longo de sua obra (Freud, 1910/1969). Freud utiliza a melancolia como referência para entender o suicídio, na medida em que a interrogação passa a inquirir uma renúncia por parte do eu.

Ainda em *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*, Freud (1910/1969) atribui a ausência de meios e respostas do próprio eu para renunciar à autopreservação. Ao longo de sua obra, Freud explica que o suicídio se revela com características articuladoras com o quadro melancólico, na medida em que a renúncia à autopreservação e o desapego à vida são características da melancolia.

No texto *Luto e melancolia*, que foi escrito por Freud em 1915 e publicado em 1917, é possível encontrar a constelação temática da morte, do luto, do sentimento de culpa, da perda e do trabalho psíquico que envolve a sua elaboração. Neste texto, Freud explica que o suicídio melancólico decorre da volta da destrutividade sobre o próprio sujeito e acrescenta que esse ato representa uma agressão contra um objeto de amor introjetado. Nesse texto, Freud (1917/1987) esclarece que não basta que o objeto desapareça para que dele nos separemos. É necessário um trabalho psíquico de elaboração da perda, chamado por Freud “trabalho do luto”, que é uma tarefa lenta e dolorosa através da qual o eu não só renuncia ao objeto, dele se desligando pulsionalmente, como se transforma, se refaz no jogo com o objeto. Na melancolia, mostra-se algo estrutural, mas encoberto: o eu é tomado pelo supereu como objeto de crítica e mortificação, graças a uma identificação com o objeto perdido. Nesse sentido, o eu se mostra incapaz de desistir de um apego possessivo ao objeto perdido. As principais características da melancolia são o desânimo profundo, a perda de interesse pelo mundo externo, a impossibilidade de adotar um novo objeto de amor, a inibição de toda atividade e o prejuízo na autoestima, a tal ponto que o indivíduo passa a se autorrecriminar em público sem o menor constrangimento.

Para Freud (1917/1987), na melancolia o eu se revolta contra a perda, em vez de engatar um trabalho de luto através do qual possa a ela se conformar, e identifica-se maciçamente ao objeto perdido, a ponto de se deixar perder junto com ele. Tal rebelião é o cerne da melancolia e pode se instalar como uma “ferida aberta” que suga a libido e dolorosamente empobrece o eu. Se essa atitude se opõe ao trabalho de luto, ela não deixa,

porém, de consistir também em um “trabalho” que “consome” o eu, nos termos de Freud. O triunfo da apatia melancólica tem algo de mortífero e intratável, que deixa a porta aberta ao gozo, tão bem expresso por Freud. Em *Luto e melancolia*, Freud apresenta o suicídio como uma forma de autopunição que surge de um desejo de morte direcionado a outrem e que se volta contra o próprio indivíduo.

Em 1920, com a publicação de *Mais além do princípio de prazer*, Freud postulou que no aparelho psíquico existiriam duas forças contrárias em constante interação: a pulsão de vida e a pulsão de morte. A pulsão de morte levaria o sujeito a se colocar repetitivamente em situações dolorosas. Freud explicou, em 1933, nas *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*, que a pulsão de morte não está isolada, pois ela se confronta permanentemente com a pulsão de vida.

Para explicar este processo, entende-se que as pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais estariam a serviço da pulsão de vida. Esta pulsão teria a função de assegurar que o caminho rumo à morte, ainda que incontornável, pudesse ser tão longo e rico quanto possível. Já a pulsão de morte, presente na tendência à repetição, com sua força destrutiva teria a função de transportar o organismo a um estado anterior, inicial de quietude, ou seja, de fazer com que o organismo volte ao estado de inércia, de ausência de tensões.

Conforme o modelo freudiano, as pulsões de morte podem ser direcionadas ao mundo externo, sob a forma de agressão e destrutividade, ou ao mundo interno, sob a forma de autodestruição. Nunca apareceriam em estado puro, mas fusionadas, mesmo que minimamente, a Eros, o que daria o contorno sádico ou masoquista (portanto, libidinal) em seu modo de expressão. Elas ainda podem ser sublimadas e, com isso, trabalhar a favor dos mais elevados valores da cultura humana. Entende-se, assim, que a saúde mental, nessa perspectiva teórica, depende tanto da neutralização de Tanatos por Eros, quanto da qualidade das operações sublimatórias do indivíduo em relação aos seus componentes sadomasoquistas (Freud, 1933a/1987). Desse jogo de força entre as duas pulsões, assim como da influência dos aspectos culturais, é que dependerá a organização ou a desestruturação do psiquismo.

No texto *O ego e o isso*, Freud (1923/1987) explica a etiologia das neuroses como uma frustração de desejos de infância que nunca foram vencidos. Ao teorizar sobre a melancolia, Freud criou a denominação ‘psiconeuroses narcísicas’, devido à existência de um conflito entre o ego e o superego, o qual poderá assumir formas diversificadas de representação clínica. Aqui, podemos dizer que, ao pesquisarmos a melancolia, nos deparamos com sintomas que a

aproximam dos quadros clínicos de psicose. Como exemplo disto, podemos citar: o predomínio da realidade interna sobre a realidade externa, fazendo com que o indivíduo se isole da sociedade, voltando-se para si mesmo, o repúdio da realidade, a tentativa de substituí-la, a sua desvalorização e a sua proximidade com a morte, os quais ressaltam os seus perigos e o seu poder destrutivo. Este comportamento do melancólico nos leva a afirmar que, o que se perdeu para o melancólico foi o próprio eu. O eu foi destruído pelo objeto amado/odiado. Assim, a melancolia coloca em evidência a pulsão de morte, por meio de um ideal do eu cruel, a ponto de assassinar o sujeito (Freud, 1923/1987?).

Para Freud (1917/1987), o eu só pode se condenar à morte a partir do momento em que trata a si mesmo como um objeto, um objeto para o qual ele dirige toda a sua hostilidade, numa espécie de confusão entre o eu e o objeto. Como consequência dessa ação sádica, temos o ato suicida, a destruição do eu, pela identificação inconsciente com o objeto. Quando há a regressão narcísica, o objeto se revela mais poderoso do que o eu. No caso em que predomina o sadismo dirigido ao objeto, ele se volta para o eu, que, sob a ação do superego, tenta direcioná-lo à auto-extinção.

Então, o que fazer para prevenir o suicídio, se o comportamento autodestrutivo é o resultado, entre outros fatores, da ação dos impulsos agressivos que não podem ser eliminados? Freud discorre sobre esse tema em seus textos e, de modo especial, na carta endereçada a Einstein, publicada em 1933, na qual o estudioso discorre sobre a pulsão de morte.

O que se discorre é o fato de que os impulsos agressivos podem ser desviados de seu fim para que não necessitem encontrar, também, expressão em comportamentos autodestrutivos, como é o caso da conduta suicida. Freud (1933b/1987) explicou que isso somente é possível contrapondo-os a Eros, pois “tudo o que estimula o crescimento da civilização trabalha simultaneamente contra a guerra” (p. 259). Isto pode ser explicado pela ação do indivíduo em busca do desenvolvimento intelectual e a renúncia da pulsão de morte, como, por exemplo: na qualidade dos afetos amorosos, pela presença da compaixão e tolerância consigo mesmo e com o semelhante.

### **1.3 Abordagem sociológica**

Nessa parte do texto, o tema do suicídio será abordado sob a perspectiva sociológica, a partir dos estudos de Durkheim (2000). Este autor, em suas trajetórias intelectuais, voltou-se sua atenção para a influência de fatores sociais na ocorrência desse fenômeno.

Durkheim (2000) se debruçou na escrita de uma obra denominada *O suicídio: estudo de sociologia*, que foi publicada em 1897 e demonstrou que, mesmo no gesto aparentemente mais íntimo e pessoal, como é o ato suicida, o social se faz presente. Esta obra foi escrita em três volumes, sendo que na introdução o estudioso traz a definição do fenômeno como: “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (p. 14). No primeiro livro, intitulado *Os fatores extrassociais*, o autor refutou teorias que explicam as variações no número de suicídios pelos fatores psicológicos, biológicos, raciais, genéticos, climáticos ou geográficos. Em relação aos fatores psicopatológicos, o autor assume uma postura contrária à existência de alguma associação entre o suicídio e a loucura. Primeiro, esta evidência pode ser explicada pelo fato de que a ação de sacrificar a própria vida em nome da fé, em obediência às leis ou por qualquer outro nobre fim, não deixa de ser um ato suicida, evidenciando, dessa forma, a existência de pelo menos um tipo de suicídio que não pode ser atribuído à loucura. Segundo, ao demonstrar que a taxa de suicídios é mais elevada nos países em que há menos doentes mentais.

Com igual rigor, Durkheim (2000) descarta a influência dos demais fatores (raciais, climáticos, geográficos), concluindo que cada um deles teria pouca ou quase nenhuma capacidade de explicar o fenômeno do suicídio. Por tomar a sociedade em seu conjunto, como objeto de estudo, Durkheim (2000) pôde comparar o número absoluto de suicídios nos diferentes países e perceber que este permanecia quase inalterado ao longo de um período não muito prolongado. Com isso, foi possível constatar que “cada povo tem, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria” (p. 392).

Este autor não aceita as teorias que acreditam na hereditariedade como uma das causas do fenômeno suicídio. Segundo ele, se houvesse uma origem hereditária, o fenômeno deveria acontecer de forma mais igualitária entre os sexos, mas isto não ocorre. Diante dos dados estatísticos, sabe-se que o suicídio tem maior incidência no sexo masculino, apresenta uma tendência mais frequente na vida adulta e sua probabilidade aumenta com o envelhecimento. Essa verificação veio corroborar sua hipótese de que o suicídio, antes de ser a manifestação de

um “impulso congênito”, seria muito mais efeito da “ação progressiva da vida social” (p. 99) sobre o indivíduo.

No segundo livro *Causas sociais e tipos sociais*, considerado o mais importante da obra, Durkheim (2000) busca compreender as determinações coletivas do suicídio. Nesse trabalho, o autor investiga a influência da confissão religiosa, da sociedade matrimonial, familiar e política na determinação do suicídio e são deixadas de lado as razões comumente atribuídas ao suicídio ou alegadas pelo próprio suicida para justificar seu ato. Neste estudo, o autor mostrou que a taxa de suicídio entre protestantes sofria uma redução nos países em que eles eram a minoria, sendo que o mesmo poderia ser observado quando os católicos estavam em menor número. A partir desta constatação, entende-se que os grupos em desvantagem social tendem a ficar mais unidos para lidar com a hostilidade da sociedade circundante. A coesão interna do grupo funcionaria como um fator de proteção contra o suicídio. O mesmo princípio de entendimento poderia ser aplicado à sociedade matrimonial, familiar e política. Foi a partir dessa ideia que o autor estabeleceu uma tipologia do suicídio segundo suas causas: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico.

O suicídio egoísta pôde ser entendido como um processo de individuação excessiva que é caracterizado por uma sensação de desamparo moral, pois os laços familiares já não são suficientemente fortes para o indivíduo continuar vivendo, nem o engajamento político ou religioso o conectam mais com a vida, qualquer motivo pode ser um pretexto para dar um fim à existência.

O suicídio altruísta é consequência de uma individuação débil. Nesse caso, a integração à sociedade é tão fortemente constituída que o indivíduo e, conseqüentemente, sua vida têm muito pouca importância, pois qualquer atitude diferente das normas e tradições expulsaria o indivíduo para fora do grupo ou seriam fortemente punidos com a desonra. Segundo Durkheim (2000), esse tipo de suicídio apresenta três formas: suicídio altruísta obrigatório, suicídio altruísta facultativo e suicídio altruísta agudo. Na primeira forma, o ato suicida acaba sendo o cumprimento de um dever do indivíduo para com a sociedade, como, por exemplo: os guerreiros dinamarqueses que praticavam o suicídio com o objetivo de impedir a chegada da velhice, já que a morte por idade avançada ou doença era considerada indigna.

No suicídio altruísta facultativo, o indivíduo não é obrigado a realizá-lo, mas ganharia prestígio e admiração dos outros se o concretizar. Já no suicídio altruísta agudo, que em geral

apresenta um desfecho mais violento, o indivíduo se entrega ao sacrifício, renunciando à própria vida em louvor a sua crença e por acreditar que a existência só tem sentido após a morte. O altruísmo identifica-se pela anulação dos interesses privados.

O suicídio anômico não resulta diretamente do modo como o indivíduo se vincula à sociedade, mas da maneira como esta exerce sua autoridade sobre o indivíduo. Durkheim (2000) constatou que, em períodos de crise (anomia), de ruptura da ordem social, pela falta de recursos ou pelo excedente financeiro, havia um acréscimo imediato no número de suicídios.

No terceiro livro, intitulado *Do suicídio como fenômeno social em geral*, Durkheim (2000) retoma a tese de que existe no comportamento suicida uma determinação social, externa ao indivíduo. Essa força coletiva incide sobre todos os membros da sociedade, sendo que os mais vulneráveis, com menos possibilidades de resistir à corrente suicidógena, devem aumentar as estatísticas de mortes voluntárias. O determinismo social, nesses casos, não é incompatível com a ideia do livre arbítrio, pois a intensidade da corrente suicidógena, ainda que predetermine a extensão do fenômeno, não designa quais os indivíduos que levarão a termo o suicídio.

#### **1.4 Masculinidade e suicídio**

Focalizar na questão das masculinidades significa poder afirmar que “modelos” marcados por comportamentos, atitudes e pensamentos estereotipados com base em relações de poder pode estar influenciando no aumento da incidência de suicídios e/ou de tentativas. (Bourdieu, 1999). Observações a partir deste estudo mostram que a dificuldade de procurar e/ou oferecer um apoio emocional ao soldado/militar que tenta suicídio pode estar correlacionado com concepções machistas, as quais rotulam, estigmatizam ou excluem o indivíduo do grupo onde ele interage. Isto tende a caracterizar modelos de relações desiguais, que tendem a não proporcionar uma rede de apoio, além de criar um ambiente carente de estratégias resolutivas em relação a esta situação.

Para Oliveira (2004), o comportamento masculino é fruto de uma série de transformações ocorridas na sociedade, associadas principalmente à origem de algumas instituições, tais como as forças armadas e, especificamente, o Exército. Para esse autor, a masculinidade tem sido expressa por meio de símbolos de força e destemor, que foram

transferidos para os sentimentos de nacionalismo próprios da formação militar da época moderna.

Falar de masculinidades é também identificar a existência de possíveis fatores intrínsecos nas crenças e valores de instituições. O espaço de socialização militar tende a reforçar na interação dos homens muito dos valores marcados pelo machismo, incentivando uma realidade que coloca na masculinidade a força física e a potência para o trabalho. Desse modo, as interações estabelecidas no exército podem estar sendo influenciadas por atitudes preconceituosas, sem deixar espaço para mudanças e transformações.

O sociólogo Pierre Bourdieu (1999) escreveu sobre a dominação masculina. O ser homem implica um “dever ser” social marcado pelas características corporais peculiares, como se manter de pé, aprumar o corpo, erguer a cabeça, uma postura e atitude que corresponde a uma maneira de pensar e agir que governa o homem de honra. Essa forma de ser homem dirige comportamentos sociais que funcionam como necessidade de assumir uma identidade constituída socialmente. Assim, a questão de honra, no sentido do conjunto de aptidões (por exemplo, coragem física e moral), é produto de um trabalho social de dominação.

No entanto, a função social da identidade masculina construída nas interações pode trazer tensão, devido ao fato de que ser homem, muitas vezes, impõe o dever de afirmar sua virilidade. O homem verdadeiramente homem é aquele que se sente obrigado a fazer crescer sua honra buscando a glória e a distinção na esfera pública. Também as atitudes e as virilidades devem ser validadas pelos outros homens com o objetivo de ter o reconhecimento por parte dos outros e de fazer parte de um grupo de “verdadeiros homens” (Bourdieu, 1999).

A consequência desses padrões sociais sobre os homens pode ser percebida em estudos epidemiológicos latino-americanos e brasileiros que verificaram índices maiores da mortalidade masculina em relação à feminina, em todas as idades. No Brasil, a taxa de mortalidade por causas externas (aquelas provocadas por eventos no transporte, agressões, quedas ou deslizamentos), em homens, no período de 1991 a 2000, foi de 119,6 por 100.000 habitantes, sendo cinco vezes maior do que a taxa observada para as mulheres, que foi de 24 por 100.000 habitantes (Souza, 2005). Este estudo mostrou que, em relação aos homicídios, esse risco é de quase 12 óbitos masculinos em relação a cada morte feminina. Em um estudo acerca das condições masculinas diante da violência, Souza (2005) enfatizou que o gênero

masculino ainda está configurado por práticas machistas e de risco e que essas práticas são as mesmas que constituem os homens como maiores vítimas da violência.

Os valores e práticas sociais determinados pela cultura assumem peso decisivo nos processos de morbidade/mortalidade (maior exposição às doenças/número de mortes) e os homens, embora estejam no polo dominante das relações de gênero, encontram-se submetidos a um conjunto de padrões e comportamentos que os colocam em risco. Em sociedades que valorizam o poder, o sucesso e a força como características masculinas, a procura de serviços de saúde pelos homens poderia associá-los à fraqueza, medo e insegurança. Poderia, portanto, aproximá-los de características definidas como femininas: dependência, fragilidade e, portanto, necessidade de cuidado. Essas características diferenciadas entre homens e mulheres podem determinar comportamentos que predispõem os homens a apresentar doenças, lesões e mortes em virtude da dificuldade de acessar a rede de saúde. Outro ponto importante a ser considerado é a adesão dos homens aos tratamentos, uma vez que esses não se mostram sensíveis aos trabalhos educativos. Como aponta Schraiber et al (2005), a baixa frequência dos homens no serviço é atribuída à resistência por parte deles, somado à invisibilidade por meio dos profissionais que não reconhecem os homens como potenciais sujeitos de cuidado.

É importante salientar que as atitudes, ideias e comportamentos marcados por modelos preconceituosos de masculinidade podem estar influenciando na maneira que o tema suicídio está sendo tratado pelos militares dentro da instituição Exército. Para explicar este fato, foi observado que alguns militares, ao adentrar nas atividades e treinamentos, têm necessitado de apoio emocional e podem estar enfrentando algumas dificuldades de acessar esta ajuda ou não estão recebendo a devida atenção. Isto pode corroborar com o aumento do índice de tentativas de suicídios e/ou casos que descrevem abalo psicológico e/ou psiquiátrico.

## **2. SUICÍDIO NO EXÉRCITO**

Segundo o que é preconizado no Exército, os militares devem fazer cumprir os princípios e valores tidos como essenciais para a sua formação. Assim, valores como a disciplina e a hierarquia estão explicitados na Lei n 6.880, de 09/12/1980, do Estatuto dos Militares. A disciplina é a rigorosa observância e acatamento integral das leis, regulamentos e normas por parte dos membros da instituição. Já a hierarquia militar confere uma ordenação da autoridade em níveis diferentes dentro da estrutura de postos ou graduações.

Conforme este Estatuto (Brasil, 1980), no Exército os soldados representam o primeiro nível numa escala ascendente e com uma hierarquia dividida em graduações e postos. Postos são graus hierárquicos recebidos pelos oficiais: Tenente, Capitão, Major, Tenente-Coronel. Graduações são graus hierárquicos recebidos pelos praças: Soldado, 3º Sargento, 2º Sargento e 1º Sargento. Pela Lei 6.880 de 09/12/1980, os oficiais exercem funções de comando e direção dos órgãos administrativos ou frações de tropa de atuação em atividades operacionais, enquanto que os praças atuam na execução das atividades administrativas e operacionais, podendo exercer funções de chefia em unidades de menor complexidade ou em pequenas tropas.

As Forças Armadas possuem o papel fundamental de garantir a proteção do território nacional. Uma de suas funções é a garantia da paz, servindo primeiramente à defesa do que ao ataque, encarregando-se da segurança interna, atendimento às calamidades (defesa civil), atendimento cívico-social, organização do tráfego marítimo, aéreo e terrestre, dentre outras. O ambiente militar é considerado um ambiente estressor, não só em função da atividade de treinar homens para o combate, mas pela própria rotina dos quartéis, nos qual há um regime de servidão, mantida pela disciplina rígida e a hierarquia (Moraes, 2008).

Na literatura especializada, a vida militar tem sido associado a riscos emocionais, devido à alta mobilidade dos militares, a qual implica uma separação temporária da família, necessidade de praticar a violência, exposição a perigos, treinamentos intensivos, disciplina, exercícios físicos pesados, rigidez moral e obediência profissional acima do direito ou dever pessoal. Outra questão é a identidade deste indivíduo. Ao se tornar militar, há uma dissolução de uma identidade civil, sendo adquirida uma identidade militar, incorporando este papel, com toda a responsabilidade derivada do *status* gerado por esta nova função perante a sociedade. O período de formação militar constitui em um momento em que hábitos da vida civil, que são incompatíveis à vida militar, são deixados de lado, adquirindo confiança proveniente do enfrentamento e da conquista de uma dureza apropriada ao militar e de unir-se aos seus companheiros (Moraes, 2008; Castro e Leirner, 2009).

Como Castro e Leirner (2009) descrevem, o treinamento militar se dá através de um Programa Padrão de Instrução, no qual o militar passa por um processo de socialização profissional e preparação do chamado combatente básico por um período de aproximadamente 12 meses. Segundo esse programa, o soldado que presta Serviço Militar Obrigatório passa por um processo de adaptação ao Exército e vivencia a aprendizagem de valores e atitudes

adequadas à vida militar, tais como: hierarquia, justiça, disciplina, treinamento militar (físico, precisão, armamento, munição, tiro, ordem unida), entre outras.

Nogueira e Moreira (1999), ao realizarem estudos sobre os efeitos psicológicos decorrentes da convivência com os valores das organizações militares, afirmaram que as regras de convivência e ideais que permeiam as relações de trabalho e interpessoais têm influenciado no psiquismo dos integrantes. Explicam que os sujeitos são levados a destituírem-se de seus valores e crenças, para incorporarem os valores preconizados pelos regulamentos da instituição. Além dos ideais difundidos, a padronização das condutas, comportamentos, atos e fardamentos tendem a dificultar a expressão do que é individual e singular. Apontam também a ação intimidadora que o grupo exerce através da limitação da liberdade que é reforçado pelos documentos doutrinários e normativos, tais como o Regulamento Disciplinar e o Código Penal Militar.

Ao depararmos com a realidade descrita neste trabalho, acho importante ressaltar a tendência dos soldados/militares necessitarem de apoio emocional e, por vezes, perceber que eles emitem pedidos de socorro diante das dificuldades enfrentadas em relação à função que executam na instituição Exército. Podemos apontar duas consequências negativas de âmbito emocional observadas nas reações do militar. Um dos desdobramentos observados é o surgimento de condutas antissociais, que na maioria das vezes culmina na sua exclusão da instituição antes do tempo previsto. Neste caso, sob o olhar da instituição, estes militares apresentam comportamento “desajustado” no desempenho do exercício militar e são encaminhados pelos comandantes das guarnições para realizarem avaliação psiquiátrica e/ou psicológica. O termo “desajustado” aqui proposto refere-se a um termo utilizado no discurso de alguns sujeitos para explicar o comportamento do jovem militar não fiel e obediente às regras e valores que são esperados para aqueles que estão incorporados na Instituição Militar.

A partir desta avaliação, o soldado pode ser considerado inapto para executar o serviço militar quando tende a apresentar postura opositiva em relação ao comando hierárquico, não cumprir as regras determinadas ou ter dificuldades de relacionamento social com os companheiros de farda e superiores. Por outro lado, o militar poderá receber apoio médico e psicológico durante o tempo necessário, quando mostrar-se interessado em permanecer na instituição, mesmo apresentando dificuldades de adaptação no ambiente militar.

Outra repercussão referente à dificuldade de adaptação do soldado no Exército pode ser descrito por sentimentos depressivos que podem culminar ou não em tentativas de suicídio. Ao

longo da experiência, pôde-se constatar que alguns jovens apresentam história de transtornos emocionais anteriores à entrada e inserção no ambiente militar e, ao vivenciar algumas experiências relacionadas à rotina do Exército, estes soldados tendem a apresentar uma piora em seu estado emocional e psíquico, necessitando de suporte e apoio. Muitos apresentam sentimentos de desvalia, incapacidade e, por vezes, verbalizam vontade de morrer e, até, de acabar com a própria vida. Nestes casos, entende-se que uma estratégia de prevenção é a de afastamento de armas de fogo por parte do militar que está sofrendo algum tipo de abalo emocional e seu encaminhamento ao profissional da área da saúde mental.

Isto pode se agravar pelo fato de militares não buscarem apoio emocional, devido principalmente aos conceitos estereotipados que podem estar influenciando as ideias e comportamento de quem precisa desta ajuda, como, por exemplo: “fraco”, “baixaria”, “louquinho”. Observaram-se algumas dificuldades tanto do homem militar de buscar ajuda e apoio emocional em casos relacionados ao suicídio quanto do militar responsável por encaminhar estes casos ao serviço de saúde. Assim, a baixa procura pelo atendimento em saúde demonstra a influência dos modelos de “serem homens” construídos socialmente, pois ditos como “ser forte”, “não ter tempo para se cuidar”, descrevem a ideia e atitude daqueles que não desejam serem excluídos do mundo dos “homens” sem fraquezas e daqueles que são chamados de “duros ou corajosos. (Bourdieu, 1999).

A resistência do homem a aceitar a necessidade de procurar cuidado corresponde a um modelo de como o sujeito se atrela ao universo sociocultural, determinado por comportamentos, atitudes e pensamentos estereotipados com base em relações de poder (Gomes, Nascimento, Araújo, 2007). Estes modelos de ser e agir podem ser combatidos, a partir de modos pensar e ações compartilhadas neste tipo de encontro, de modo que informações sejam aceitas e transmitidas para todos os envolvidos. Pois, sabe-se que o suicídio atinge também aos familiares. Estes devem ser acolhidos e obterem informações sobre a doença, a fim de poderem ajudar e/ou oferecer apoio neste processo.

Sabe-se que o modo como o soldado é tratado e cobrado nas atividades militares pode estar contribuindo para o surgimento de transtornos emocionais, pois a elevada cobrança, associada a fracas capacidades de resiliência, pode contribuir para a eclosão de transtornos mentais. Entretanto, humanizar o atendimento e tratamento no ambiente militar é de suma importância. Encaminhar a pessoa para um profissional de saúde pode contribuir para diminuir os índices de casos de pessoas que tentam ou cometem o suicídio.

Isto pode ser observado no relato de um militar presente que demonstrou postura respeitosa em relação ao sofrimento do soldado. Ele relatou a visita social como uma prática que realizou no início do período do serviço militar, a fim de obter informações relevantes a respeito da história de vida familiar do militar soldado. “Realizei uma entrevista em algumas casas de soldados e percebi que isto ajudou a conhecer o modo de vida que o soldado está inserido, quais problemas e fatores de apoio que ele tem acesso no ambiente familiar. Caso o soldado precise de um acompanhamento psicológico a gente já agiliza” (sic).

Algumas estratégias foram verbalizadas pelo grupo para enfrentamento da situação que envolve o suicídio, como, por exemplo: os militares relataram a importância de oferecer espaços de diálogo, a fim de permitir que a pessoa seja escutada, fortaleça relações de confiança, ajuda mútua e melhoria no ambiente de trabalho. Outro fator verbalizado como importante foi a busca por uma orientação religiosa. Considera-se importante que a pessoa que tentou suicídio possa compreender que ela não está sozinha. Que o sofrimento ligado aos sintomas de tristeza, isolamento e depressão indicam a necessidade de um acolhimento e tratamento.

Outro militar elogiou a iniciativa, pois verbalizou que é importante a realização desses encontros, pois existiam muitas dúvidas a respeito de como lidar com situações do âmbito da saúde mental. Na fala do militar: “Quando alguém chega com um braço quebrado ou uma perna cortada a gente sabe o que fazer e leva para enfermaria ou para o Pronto Atendimento do Hospital, mas quando alguém fala em suicídio ou tem um surto, a gente olha para a pessoa e ela está visivelmente inteira, não se sabe como proceder nem pra onde encaminhar. Agora, ficou mais claro o modo que devemos proceder”. (sic)

Pode-se dizer que os relatos e contribuições dos participantes enriqueceram a roda de conversa. Trocas de informações e reflexões puderam ser realizadas na medida em que as dúvidas eram verbalizadas, como, por exemplo: “Como proceder quando houver uma questão de suicídio dentro do quartel?”, “Para onde encaminhar?”, “Como saber se o soldado está mesmo passando por dificuldades, se está mesmo tendo ideias suicidas ou se é uma forma de burlar as regras?”. Dessa forma, conclui-se que foi uma experiência enriquecedora tanto para aqueles que estavam apresentando o tema como para aqueles que estavam participando. Os mesmos solicitaram ao final que atividades como esta fossem realizadas frequentemente, a fim de que possam estar mais bem preparados e capacitados quando se depararem com situações relacionadas à saúde mental.

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO TEMA

A análise de discurso é uma prática que permite conhecer os contextos históricos disciplinares, nos quais os sujeitos estão inseridos. Trata-se de conhecer a maneira como o poder, a dominação e a desigualdade social são estabelecidos, reproduzidos e combatidos através do discurso. Segundo o enfoque da análise do discurso, pode-se afirmar que o sujeito inserido na instituição militar pode estar sendo influenciado por diferentes discursos, comportamentos institucionais que modelam sua identidade social (Louro, 1999). Isto pode ser observado nas dificuldades dos profissionais de detectarem os sinais que caracterizam o sofrimento relacionado à tentativa e/ou suicídio e, conseqüentemente realizarem o devido encaminhamento para o serviço de saúde. Dentre os motivos que podem justificar este fato podemos citar o preconceito e as ideias estigmatizantes voltadas ao doente mental ou aquele que necessita de apoio emocional.

Segundo Foucault (1969) os discursos são práticas sistemáticas que constituem e identificam os objetos de sua análise e não apenas o conjunto de sinais que representam a realidade. Portanto, os discursos são práticas sociais que compreendem regras específicas influenciadas pelo processo histórico e que vão definindo as condições de qualquer enunciação, transformando-as (Iñiguez, 2004).

Transformações nos discursos são acompanhadas, na maioria das vezes, por mudanças nas práticas. O discurso não é algo que surge do interior do sujeito ou ideia que determina o seu pensar, mas constitui espaços que facilitam ou dificultam as possibilidades, funcionando como mantenedor das relações existentes no tempo. Assim, entende-se que o soldado está inserido num espaço institucional que tende a reforçar modos de ser e agir masculinos marcados pelos modelos conservadores de ser homem na sociedade.

Algumas situações retratam este ponto de vista: questões de gênero foram abordadas em alguns questionamentos acerca da posição da mulher em cargos de chefia por um major do Exército. Ele verbalizou dificuldades de lidar com a posição de liderança de um Tenente do Exército do sexo feminino, pois demonstrou desconforto em aceitar que ela ocupasse o cargo de chefe de um batalhão, uma vez que, na maioria dos casos, o que ocorre é homens subordinados a outros homens, não a uma mulher. Isto demonstra crenças e atitudes conservadoras que estão arraigadas aos modelos sociais esperados de ser mulher na sociedade,

pois a mulher é vista como um ser frágil e submisso. Assim, uma função na qual ela ocupa um lugar de força, comando e alteridade não é vista com normalidade nem com votos de confiança. A educação generificada das mulheres assegura a desigualdade de direitos e deveres entre o homem e a mulher. Isto contribui com as diferenciações de papéis que são impostos aos homens e às mulheres na sociedade, que acabam influenciando atitudes de preconceito referente à assunção de papéis por parte das mulheres que antes só eram desempenhados pelos homens (Saffiotti, 2005).

O assédio moral é uma das questões que pode também acarretar um prejuízo emocional ao militar. Este assédio se dá por se tratar de um sistema altamente hierárquico, no qual há a prevalência da disciplina, sendo esta exercida por meio de regulamentos e punições que condicionam os militares. Mas essas situações passam a atingir diretamente os direitos pessoais e de dignidade humana do militar, reduzindo o indivíduo a uma condição desprezível, tanto que muitas vítimas acabam por cometer o suicídio, por não conseguir lidar com tal situação (Guimarães, 2009).

Foi observada a existência de situações difíceis, nas quais o jovem enfrenta fortes críticas em relação a sua conduta na execução das atividades militares, principalmente quando ele não consegue atender a um modelo ideal de ser militar. Um deles relatou:

“Ser soldado no quartel é humilhante, porque eu me sinto usado e desvalorizado (...) Não me sinto bem, eu fico irado quando me corrigem, quando o sargento diz que fiz algo errado e pede para eu fazer de novo e fazer de novo”. (*sic*)

Quando questionado a respeito deste sentimento, o militar verbaliza que não se sente bem por ter que obedecer às regras e desempenhar atividades como, por exemplo: cozinhar, limpar e faxinar os dormitórios e banheiros ou cortar a grama do pátio. Devido ao fato de muitos jovens acreditarem que, ao entrar no Serviço Militar, fariam atividades voltadas ao combate, não aceitam de forma adequada as tarefas que lhes são propostas. Dizem que estar no quartel é perda de tempo e não entendem o real objetivo de prestar este tipo de serviço.

“Eu queria voltar ao meu trabalho onde podia ter um salário mais digno para meus gastos”. (*sic*)

Foram observadas contradições no discurso dos militares que participaram dos encontros a respeito da maneira que atendem àqueles militares que necessitam de algum tipo

de apoio emocional. Verbalizaram acolher o sujeito que verbaliza sentimento e/ou intenção de suicidar-se na unidade aonde executam as atividades militares, mas relataram dificuldades de interpretar vontade real e situação de risco. Para eles, alguns militares enfrentavam dificuldades de adaptação às normas e regras militares e, por isto, tentavam muitas alternativas para serem liberados do serviço militar obrigatório; por conseguinte, desligarem-se do exército. No discurso dos militares presentes nesses encontros, também foi verbalizado que alguns soldados “simulavam” problemas emocionais e até mesmo falaram sobre o desejo de suicídio com a finalidade de livrarem-se das funções e diminuir o tempo de prestação de Serviço Militar.

Na fala de um sargento: “a gente tem medo de que o soldado esteja aplicando para nós, existe muito o gogó” (sic).

Outro verbaliza que o problema poderia ser resolvido em parte já na entrada dos militares, no início do processo seletivo. Disse que deveria ter um questionário que pudesse sinalizar traços psicológicos no sujeito, de modo que o Exército pudesse não efetivar sujeitos com algum tipo de doença mental.

Observou-se que muitos enfrentam dificuldades no caminho a ser percorrido até receberem uma atenção especializada em saúde. Um dos problemas detectados é a inacessibilidade ao atendimento médico, pois eles precisam esperar por um encaminhamento profissional que determine a necessidade de receber o atendimento e ser levado e acompanhado por um militar responsável até o Hospital Militar.

Observou-se que, nos quartéis, muitas vezes o profissional militar responsável por acolher o soldado em sofrimento psíquico não sabe como proceder. Alguns profissionais militares pareceram levar em conta que o suicídio pode ser real quando pronunciado, mas há uma dificuldade em saber como avaliar a gravidade e a quem recorrer quando se deparam com estas questões. Parece existir uma falha de comunicação com os profissionais da saúde das guarnições, já que, na maioria dos quartéis, existem profissionais da saúde, os quais poderiam realizar um acolhimento e, constatando a necessidade de avaliação psiquiátrica e/ou psicológica, encaminhar para o Pronto Atendimento ou marcar uma consulta psicológica ou psiquiátrica.

O fato que se observa é a dificuldade desses militares lidarem com sujeitos que se diferenciam do modelo que é esperado do “ser soldado” do exército. Isto demonstra que existe um culto a padrões de comportamento voltados ao conservadorismo, ao ser homem soldado

forte e viril. Aqueles homens que não atendem a este modelo tendem a ser excluídos e/ou marginalizados.

Assim, as atitudes de discriminação podem estar sendo influenciadas por esses modelos de “ser” masculinos construídos socialmente e podem influenciar na eclosão ou aumento de sentimentos negativos, os quais podem levar à tentativa de suicídio. Ato como violentar, dominar, explorar ou oprimir podem existir devido ao medo “viril” que o homem tem de ser excluído do mundo dos “homens” sem fraquezas. (Bourdieu, 1999).

Foi observado na análise dos dados deste trabalho que a perspectiva biológica pode estar influenciando na maneira dos profissionais lidarem com o sofrimento dos militares e o tema do suicídio. Isto pode ser explicado pelo fato de que o militar é encaminhado para avaliação médica psiquiátrica e/ou psicológica quando o comportamento de algum soldado se distancia do modelo ou padrão de conduta esperado. Na maioria das vezes, estes militares recebem o rótulo patologizante de “doentes mentais” ou “depressivos”. Em relação ao modo como os sujeitos lidam com questões referentes à saúde mental no Exército, pôde-se constatar que muitas vezes o jovem soldado que necessita de algum atendimento psicológico e/ou psiquiátrico enfrenta situações constrangedoras. Muitos soldados verbalizam que são alvo de críticas, piadinhas e atitudes preconceituosas quando apresentam dificuldades de lidar com a rotina militar e, por isto, são encaminhados para o serviço psicológico no Hospital, como por exemplo:

“Tenho vergonha do que aconteceu comigo, porque eu preciso de consulta para a cabeça. No quartel ficam largando piadinhas porque eu preciso tomar remédio, me chamam de loquinho” (*sic*)

“Quando chego no quartel até os cabos e soldados dizem que estou “acochambrando” porque eu estou afastado das atividades militares (...) o doutor me deu um atestado de afastamento e parece que eles não respeitam nem acreditam que eu não esteja bem, eu me sinto mal e triste” (*sic*)

Ao longo da minha experiência no Exército, pude constatar que existe uma investigação sobre a existência de história de transtornos emocionais anteriores à inserção no ambiente militar. Esta investigação é realizada por parte daqueles que trabalham com os militares que apresentam algum tipo de sofrimento emocional, pois se acredita que este militar com história de doença mental anterior à entrada no Exército pode demonstrar piora em seu

estado emocional e psíquico ao vivenciar experiências ligadas à rotina militar. Assim, ele teria direito a receber acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico dentro do Exército, até que ele possa cumprir suas funções.

Nesse sentido, a avaliação é uma das etapas de um processo que tem como objetivo o de definir qual o caminho que o militar deverá seguir dentro da instituição. A partir desta avaliação, o soldado pode ser considerado inapto para executar o serviço militar. Por outro lado, o militar poderá receber apoio médico e psicológico durante o tempo necessário, quando se mostrar interessado em permanecer na instituição, mesmo apresentando dificuldades de adaptação no ambiente militar.

Segundo esta perspectiva, o serviço militar pode estar favorecendo a eclosão de transtornos emocionais, pois o jovem soldado tende a apresentar frágeis habilidades sociais em situações que exigem a tolerância, paciência e resistência tanto física quanto emocional. Soma-se a isso a ideia de que o soldado parece ter dificuldades de lidar com a frustração, com a rotina de regras firmes, restrições de horários de folgas, bem como de assumir responsabilidades inerentes à rotina militar. Dessa forma, entende-se que uma das consequências disto é o aparecimento de problemas emocionais como, por exemplo: a depressão, o transtorno de desadaptação, conduta opositiva e tentativa de suicídio.

A perspectiva biologicista traz um entendimento que se contradiz ao sociológico, o qual procura explicar o fenômeno do suicídio através de causas vinculadas aos aspectos sociais e da coletividade. Pensando segundo a perspectiva psicanalítica, entende-se que o militar tem tido dificuldades de vivenciar a possibilidade de perder, de lidar com frustrações e com os limites. No pensamento psicanalítico, quando o indivíduo entra em contato com qualquer tipo de perda, ele é confrontado com a situação de desamparo, diante da castração, de um limite e de uma impossibilidade incontornável. Para a psicanálise, o desenvolvimento psíquico se dá por meio da vivência das frustrações e elaborações das perdas.

Quando se fala em identidade militar, o elemento principal observado é a distinção das características atribuídas aos militares, que devem assumir uma postura correta, fundada sobre os princípios éticos e morais das relações internas referentes ao quartel. Estas relações se constituem a partir de uma estrutura hierárquica e representa uma identidade coletiva que estabelece fronteira com o mundo civil. Assim, a vida militar impõe a preponderância da coletividade sobre os indivíduos como fundamental para o bom desempenho das atividades, o que não é tolerado por muitos, em uma sociedade fortemente individualista.

Dentre as funções que são importantes no sentimento de pertencimento e manutenção da saúde de um grupo está a coesão interna. Assim, pode-se dizer que aqueles grupos sem uma adequada coesão interna podem não ser capazes de apresentar sentimentos de identificação entre os membros e, conseqüentemente, tendem a apresentar maior risco ao suicídio. Os militares devem cultivar o sentimento de união, respeito mútuo, respeito às diferenças com a finalidade de manter a coesão interna e, conseqüentemente, buscar manter laços protetivos contra a ameaça do suicídio. Atitudes “preconceituosas” por parte daqueles que atendem e interagem com militares que apresentam algum tipo de problema de adaptação às regras e rotinas militares tendem a proporcionar um sentimento de desamparo moral e podem não contribuir positivamente para o bem-estar coletivo dentro do Exército. Isto pode dificultar a aquisição de habilidades coletivas importantes, no enfrentamento do risco do suicídio.

Apesar destas observações, alguns militares verbalizaram a existência de postura mais compreensiva e de apoio em relação aos soldados/militares que demonstraram necessidade de apoio emocional na execução das atividades no Exército. Para justificar este fato, eles enaltecem a importância de priorizar medidas e ações voltadas a proporcionar amparo, através do diálogo, compreensão e confiança.

Um dos militares verbalizou:

“O Exército de hoje está diferente, não é mais o mesmo de alguns anos atrás. Temos que trabalhar de forma mais humana, eu acho que tenho trabalhado com o objetivo de estar mais atento às necessidades e/ou dificuldades dos soldados, com maior acessibilidade, respeito e cooperação”. (*sic*)

No que se refere à ideologia e valores, um militar traz uma ideia de transformação no que tange às relações interpessoais dentro da instituição. Relatou um avanço no âmbito da humanização, de modo que possam tratar o soldado como um sujeito capaz de errar ou necessitar de uma ajuda.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entendemos que a psicanálise representa um discurso importante na compreensão dos fenômenos sociais, pois Freud apresentou muitos valores fundamentados em ideias que privilegiavam a coletividade e a manifestação cultural. Na atualidade, podemos observar a crise da imago paterna, a desvalorização das leis, o repúdio às regras sociais, o que facilita a

proliferação de uma cultura individualista, competitiva e de consumo. Isto tem trazido consequências para a constituição psíquica dos sujeitos modernos, que vivenciam uma precariedade na formação do superego, pois não existem mais leis capazes de frear o desejo do ser humano. Nossa sociedade padece da falta de limites, o que culmina no aumento de práticas abusivas que atingem a sociedade como um todo. Essas práticas abusivas podem estar presentes na realidade de algumas instituições – como, por exemplo, o Exército – e contribuir com o aumento da prevalência de casos de suicídio.

Outro ponto relevante a ser considerado é o fato de que os valores institucionais podem influenciar as subjetividades, os comportamentos, as ideias dos sujeitos que nela estão inseridos e, desta forma, contribuir para a formação de manifestações de personalidade não sadias, as quais podem dificultar a emergência de singularidades. Assim, as atitudes marcadas pelo machismo podem levar ao aumento dos índices de doenças mentais e/ou tentativas de suicídio no Exército. Por outro lado, a busca de estratégias e atividades voltadas ao incentivo do respeito às singularidades podem contribuir para a melhoria das relações na instituição.

É de suma importância dar continuidade na realização de estratégias de atenção e prevenção ao suicídio, que sejam voltadas tanto para os profissionais que lidam com os soldados/militares necessitados de apoio emocional quanto para os soldados que apresentam riscos em relação ao suicídio. Na segunda situação, outra estratégia de ação que pode ser desempenhada é o grupo de atendimento. Neste tipo de atenção, o serviço de psicologia do Hospital poderia realizar um acolhimento daqueles militares que estão apresentando algum risco em relação ao suicídio e fazer os encaminhamentos necessários. Isto poderia facilitar o acesso ao atendimento e a eficácia no processo de avaliação e tratamento do militar.

Facilitar a acessibilidade ao atendimento no âmbito da saúde pode ser um dos caminhos a ser seguido na busca de um espaço mais sadio e humanizado para o militar que necessita de apoio emocional. Isto pode vir a ajudar na melhoria da adesão aos tratamentos bem como na satisfação e bem-estar do militar que, ao receber uma escuta de seu sofrimento, poderá apresentar um melhor desempenho. O fato de a organização institucional do Exército ser marcada por relações hierarquizadas não deveria ser um empecilho para se construir um ambiente acolhedor, com relações de respeito e apoio a aquele militar que necessita de apoio emocional. É de suma importância proporcionar um ambiente caracterizado por modelos de relações de cooperação, respeito e colaboração entre os militares da instituição, pois um grupo

mais coeso tende a causar efeitos psicológicos positivos na convivência com os valores institucionais.

## REFERÊNCIAS

- American Psychological Association – APA (2013). Normalização de Referências: adaptação do manual de estilo da American Psychological Association – APA. (6ª ed) São Paulo.
- American Psychiatric Association - DSM-V (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Almeida, S. A. de, Guedes, P. M. M., Nogueira, J. de A., França, U. de L., & Silva, A. C. de O. (2009). Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa-Paraíba. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 383-389.
- Brasil. Estatuto dos Militares. (1980). Recuperado de [www.domtotal.cdireito/pagina/detalhe](http://www.domtotal.cdireito/pagina/detalhe).
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro.
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarondo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53.
- Caycedo, A., Arenas, M. L., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., & Guzmán, Y. R. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente em Bogotá. *Persona y Bioética*, 14(2), 205-213.
- Castro-Rueda, V. A., Rangel Martínez-Villalba, A. M., Camacho, P. A., & Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 39(4), 705-715.
- Castro, C & Leirner, P. Orgs. (2009). *Antropologia dos Militares. Reflexões sobre pesquisas de campo*. Rio de Janeiro. FGV.
- Costa, J. (2013). *Representações do suicídio no Alentejo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora. Portugal.
- Durkheim, É. (2000). *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes. (Publicado originalmente em 1897).

- Freud, S. (1996). Mais Além do Princípio do Prazer. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1990). O Ego e o Id. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1987). Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (1969). Breves escritos: contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 11). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1987). Luto e Melancolia. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Foucault, M. (1996). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis. Vozes.
- Gomes, R.; Nascimento, E.F., & Araújo, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos Saúde Pública*, (23)3, 565-74.
- Guimarães, Y. S. (2009). *Assédio moral a luz do direito militar: forças armadas*. Trabalho final de curso para a obtenção de grau em especialista em direito militar, Universidade Castelo Branco. Rio de Janeiro, Brasil.
- Iñiguez, L. (2004). *A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas*. In: Iñiguez, L. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis: Vozes.
- Krüger. (2007). *A dinâmica familiar no contexto da crise suicida*. 114f. Tese, Programa de Pós-graduação em psicologia, Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Larranguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191.
- Louro, G. L. (1999). *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Vozes: Petrópolis.

- Machado, D. B.; Santos, D. N. (2006). Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 64(1), 45-54.
- Marín-León, L., & Barros, B. A. (2003). Mortes por suicídio: Diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 357-363.
- Merino, P. S. (2010). *Mortalidade dos efetivos da Polícia Militar do Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil.
- Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 804-810.
- Minayo, M. C. de S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757.
- Ministério da Defesa. Exército Brasileiro (1998). *Educação e formação militar. Regulamento da AMAN-R70*. Recuperado de <http://www.ensino.eb.br>.
- Ministério da Saúde. (2006). *Saúde Brasil 2006. Uma análise da desigualdade em Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. (1ª Ed). Distrito Federal. Brasília.
- Moraes, E. E. C. (2008). *Processo de adaptação à vida militar-naval: crenças, valores e saúde*. Dissertação de mestrado em psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.
- Nogueira, G. E. G & Moreira A. L. C (1999). As formações grupais e seus efeitos nas instituições policiais militares. *Revista de Psicologia – Saúde Mental e Segurança Pública*. Belo Horizonte, (1) 35-39.
- Oliveira. P. P. (2004). *A Construção Social da Masculinidade*. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Belo Horizonte. Editora UFMG/Rio de Janeiro.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes com transtorno depresivo. *Revista de Medicina Chilena*, 137(2), 226-233.
- Saffiotti, H. (2005). Gênero e Patriarcado: a necessidade da violência. In Castillo-Martin, M & Oliveira, S. *Marcadas a ferro* (pp 35-76). Brasília. Editora Secretaria especial de políticas para as mulheres.

- Santos, S. M. S. F. M. (2007). *Suicídio nas forças policiais: um estudo comparativo na PSP, GNR e PJ*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas. Abel Salazar. Portugal.
- Silva, S., & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 69-72.
- Schraiber L.B; D'Oliveira, A. F. P. L; Falcão, M. T. C & Figueiredo, W. S. (2005). *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Unesp.
- Schraiber, L.,B.; Gomes, R.; Couto, M.,T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência Saúde Coletiva*, (10) 1, 7-17.
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G. X. (2008). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, (4)2, 114-120.
- Werlang, B., G.; Botega, N., J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Who. (2000). *The World Report 2000*. Geneva: Who.