



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

GUSTAVO GODOY RIBEIRO DA SILVA

**A VALORIZAÇÃO DA VIDA: POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS
PARA O COMBATE AO SUÍCIDIO NO EXÉRCITO BRASILEIRO**

Brasília
2016

GUSTAVO GODOY RIBEIRO DA SILVA

**A VALORIZAÇÃO DA VIDA: POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS
PARA O COMBATE AO SUÍCIDIO NO EXÉRCITO BRASILEIRO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Ida Claudia Pessoa Brasil

Brasília
2016

GUSTAVO GODOY RIBEIRO DA SILVA

**A VALORIZAÇÃO DA VIDA: POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS
PARA O COMBATE AO SUÍCIDIO NO EXÉRCITO BRASILEIRO**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão
Pública.

Orientador: Prof. Ida Claudia Pessoa
Brasil

Brasília, 20 de janeiro de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

Prof. Dr. Sérgio Oliveira da Silveira

Dedico este trabalho ao meu filho Felipe Nunes
Godoy e a minha esposa, Carolina Vianna Nunes
Godoy, por todo apoio dispensado.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Professora IDA CLAUDIA PESSOA BRASIL pela paciência em sua orientação, incentivo e apoio dedicado, os quais proporcionaram à execução e conclusão deste trabalho de conclusão de curso.

Os agradecimentos são extensivos aos amigos **LAUDECI CEDRAZ DE OLIVEIRA E** EDOMAR WIEDTHEUPER que com muita sabedoria e simplicidade compartilharam inúmeros conhecimentos acadêmicos e profissionais acerca do assunto.

E não menos importante, a todos os professores que ao longo do curso detiveram garra, fibra e dedicação, atuando de forma imparcial para com todos os acadêmicos, ministrando ensinamentos que perfeitamente contribuirão na efetividade da formação intelectual, profissional e pessoal.

Resta o agradecimento deste acadêmico à instituição pela possibilidade e oportunidade da realização pessoal em área tão nobre para a resolução de conflitos na sociedade atual, que é a Gestão Pública, e ao Exército Brasileiro, que por meio da DCIPAS, disponibilizou o acesso às informações para tornar tal trabalho realidade.

*O cansaço físico, mesmo que suportado forçosamente,
não prejudica o corpo, enquanto o conhecimento imposto à força
não pode permanecer na alma por muito tempo.
Platão.*

RESUMO

O trabalho realizado por este pesquisador teve por desígnio verificar se o Exército Brasileiro tem realizado medidas preventivas ou profiláticas contra o suicídio, programas que valorizam a vida e as políticas públicas implementadas, particularmente nas situações do dia a dia nas Organizações Militares, a fim de subsidiar os Comandantes, em todos os níveis, visando reconhecer os fatores de risco ou relacionados ao suicídio para que, de antemão, possam tomar as devidas ações para evitá-lo. Para tanto, a pesquisa analisou as possíveis causas que levam um indivíduo a cometer tal ato, delimitou o perfil suicida em potencial, verificou se há procedimentos dentro da Força voltados para a contenção do ato suicida e, por fim, levantou os fatores de risco e os associados ao suicídio, particularmente no Exército Brasileiro, visando obter evidências que fundamentassem uma política pública por meio de um conjunto de ações, as quais auxiliem os comandantes a combaterem ou inibirem o suicídio. Dessa maneira, foi possível verificar que a Força Terrestre tem realizado procedimentos para coibir atitudes que venham a desencadear o suicídio, mas, por vezes, estes mesmos não são devidamente explorados e seguidos no seu devido rigor, levando-se em conta a necessidade de reajustamento nessa questão a fim de se aplicar, com maior ênfase, a liderança em todos os níveis, com o intuito de haver uma maior preocupação com o bem-estar socioeconômico do militar, e principalmente realizar o culto aos valores da vida, da família e religiosidade, pois, juntos, dificultarão o surgimento de fatores que venham a desencadear ações suicidógenas.

Palavra chave: Políticas Públicas. Valorização da Vida. Suicídio. Exército Brasileiro.

ABSTRACT

The work carried out by this researcher had the purpose of verifying whether the Brazilian Army has carried out preventive or prophylactic measures against suicide, programs that value life and public policies implemented, particularly in day-to-day situations in Military Organizations, in order to subsidize The Commanders, at all levels, in order to recognize the risk factors or suicide related so that, in advance, they can take the necessary actions to avoid it. To do so, the research analyzed the possible causes that lead an individual to commit such an act, delimited the potential suicide profile, verified whether there are procedures within the Force aimed at restraining the suicidal act and, finally, raised the risk factors and Those associated with suicide, particularly in the Brazilian Army, in order to obtain evidence to support a public policy through a set of actions that will help commanders to combat or inhibit suicide. In this way, it was possible to verify that the Earth Force has carried out procedures to curb attitudes that will lead to suicide, but sometimes these same ones are not properly explored and followed in their due rigor, taking into account the necessity of readjustment In this matter in order to apply, with greater emphasis, leadership at all levels, with the purpose of having a greater concern for the socioeconomic well-being of the military, and especially to realize the cult of the values of life, family and religiosity , Because, together, they will hinder the appearance of factors that will trigger suicidogenic actions.

Key words: Public Policies. Appreciation of Life. Suicide. Brazilian Army.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: O SUICÍDIO	13
1.1 Definição do suicídio	13
1.2 O suicídio e a sociedade.....	15
1.3 A ótica de Durkheim sobre o suicídio.....	16
1.4 Visão global do suicídio.....	18
1.5 O suicídio no Brasil	20
2 POLÍTICAS PÚBLICAS	24
2.1 Definição de Políticas Públicas.....	24
2.2 O ciclo das Políticas Públicas.....	25
2.3 A importância da avaliação das Políticas Públicas.....	28
3 O SUICÍDIO NO EXÉRCITO BRASILEIRO	30
3.1 O suicídio nas Forças Armadas: visão global.....	30
3.2 A evolução do suicídio no Exército Brasileiro.....	31
3.3 A Diretoria de Civis, Inativos, Pensionistas e Assistência Social (DCIPAS).....	34
3.4 A prevenção do suicídio no Exército Brasileiro.....	38
3.4.1 Atentar para reconhecer e identificar comportamentos suicidas.....	38
3.4.2 Atuação da liderança do Comando	40
3.4.3 Orientar sobre o casamento e construção da família.....	41
3.4.4 Orientar sobre o uso de drogas e círculo de amigos.....	41
3.4.5 Apoiar a busca pela fé: religião.....	42
3.4.6 Aumentar a demanda por profissionais especializados: psiquiatras	43
3.4.7 Realizar processo seletivo mais rigoroso.....	44
3.4.8 Maior atenção aos militares da reserva.....	46
3.4.9 Incentivar a prática desportiva.....	46
3.4.10 Atender as necessidades de Maslow.....	47
3.4.11 Promover a socialização interna e familiar.....	49
3.4.12 Avaliar o clima organizacional promovido pelo Comando.....	49
3.4.13 Incentivar o acompanhamento por outros militares.....	50
3.4.14 Promover a participação social externa.....	50
3.4.15 Padronizar ações após o fato consumado do suicídio.....	51

3.4.16 Orientações diversas	52
CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	56

INTRODUÇÃO

Segundo Bahls e Botega (2007, p.151-71) os dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicaram que as mortes por suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos e que o coeficiente de mortalidade mundial por suicídio no ano de 1995 foi de 16 casos/100.000 habitantes.

As estimativas da OMS (2002) apontaram que cerca de 900.000 pessoas cometeram suicídio em 2003. Isso representa uma morte a cada 35 segundos. Para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente (DAOLIO, 2010).

Acompanhando esse cenário mundial, a descrição do perfil epidemiológico do suicídio no Brasil também vem crescendo significativamente nas últimas décadas. Em 2005, Mello-Santos, Wang e Bertolote (2005, p. 131-4) publicaram um estudo sobre as taxas nacionais de morte por suicídio entre os anos de 1980 e 2000. Os autores encontraram uma média de três a quatro suicídios/100.000 habitantes no Brasil, sendo a incidência quatro vezes maior entre homens e com taxas crescentes nas faixas etárias mais jovens.

Assim, constata-se que o suicídio representa um sério problema de saúde pública, uma vez que os coeficientes de suicídio têm aumentado tanto em nosso país, particularmente entre jovens e adultos jovens do sexo masculino, que nos colocou entre os dez países com o maior número absoluto de suicídios (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006).

Entretanto, apesar de dados tão expressivos e alarmantes, até pouco tempo atrás, o suicídio não era visto como um problema de saúde pública. Tal fato é comprovado por meio da não alteração da mortalidade por causa do suicídio, ou seja, segundo pesquisa de Thomas Insel (2010) tal mortalidade permaneceu praticamente constante nas últimas décadas em comparação às demais mortes por causas médicas, sobretudo em relação à Leucemia, doenças cardíacas e AIDS, as quais tiveram uma significativa diminuição fruto de campanhas de combate mais divulgadas e ativas.

No Brasil, somente no final de 2005, o Ministério da Saúde despertou e montou um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade

civil e das universidades, o qual publicou a Portaria nº 1.876/MS, de 14 de agosto de 2006, que instituiu Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades Federais (BRASIL, 2006).

Convergindo nesse sentido, já que a maioria de seu recurso humano é composto por jovens e adultos jovens do sexo masculino, representando, portanto, um potencial grupo de risco, o Exército Brasileiro (EB) publicou a Portaria nº 151 – DGP, de 04 de agosto de 2016, que aprovou as Instruções Reguladoras do Programa de Valorização da Vida (PVV) no âmbito do Comando do Exército, visando promover qualidade de vida, fortalecer os laços afetivos e proteger a vida humana, tirando o suicídio da penumbra da negação e do tabu, encarando-o como um problema de saúde pública, já que de 2006 a 2016 foi um assunto pouco explorado pelo Ministério da Saúde do Governo Brasileiro.

Assim, o trabalho realizado tem por desígnio verificar as medidas preventivas ou profiláticas contra o suicídio, os programas de valorização da vida e políticas públicas implementadas pelo Exército Brasileiro, particularmente nas situações cotidianas das Organizações, com o fito de subsidiar os Comandantes, em todos os níveis, para que possam reconhecer os fatores de risco ou relacionados ao suicídio e, de antemão, possam tomar as devidas ações para evitá-lo.

Objetiva, portanto, estudar a valorização da vida e ocorrência do suicídio, as políticas públicas voltadas à prevenção e combate dentro das Organizações militares, além de um estudo sobre as estatísticas de suicídio nos últimos anos no EB, bem como, as ações que podem ser realizadas pelos comandantes na prevenção do suicídio.

Para tanto, realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura específica e um levantamento de dados epidemiológicos nacionais e internacionais relacionados ao tema. Além disso, foi efetivado um levantamento dos suicídios ocorridos no Brasil e, particularmente no Exército Brasileiro.

Diante de todo o exposto, a proposta da presente pesquisa visa a compreensão este “novo” problema de saúde pública: o suicídio, e lançar um olhar sobre o papel e ações do Exército Brasileiro nesse contexto.

Do ponto de vista social, esta reflexão contribuirá para esclarecer e divulgar essa “nova” demanda social, que atinge todas as faixas etárias, independente de sexo/gênero, etnia, posto ou graduação, grau de instrução e nível social, e que

quando concretizada, afetada emocional, social e economicamente no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao falecido (OMS, 2002).

Sob a ótica acadêmica, a presente pesquisa pretende trazer ao debate o papel da Instituição Exército Brasileiro no combate ao suicídio, uma vez que as famílias entregam seus filhos à Pátria, gozando da mais plena saúde, por meio do Serviço Militar Obrigatório, esperando, após decorrido o ano, tê-los novamente em casa, em melhores condições físicas e psíquicas do que antes.

Do ponto de vista do pesquisador, o interesse por esse tema nasceu da percepção da necessidade de se encarar o suicídio com a devida atenção que ele merece. Esta preocupação baseia-se no fato de crer que deva ser extremamente doloroso perder um filho ou alguém próximo para esse problema de saúde pública. Além disso, verifica-se a necessidade de fazer algo a respeito, buscando alguma forma de promover e divulgar o assunto. Diante das razões acima expostas é que se justifica a realização deste importante estudo.

Para tanto, o trabalho está dividido em 03 (três) capítulos. No primeiro trata sobre o suicídio em si, focando sua definição, relação social, ótica sociológica, visão global e nacional. No segundo capítulo versa sobre políticas públicas, especificamente sobre sua definição e seu ciclo. Por fim, o último e terceiro capítulo apresenta inicialmente uma visão global do suicídio nas Forças Armadas, com posterior enfoque ao suicídio no âmbito do EB, verificando sua evolução e medidas preventivas que estão sendo e, devem ser realizadas pelos comandantes em suas Unidades de Comando.

Portanto, o foco deste trabalho acadêmico está voltado para uma compreensão mais adequada sobre esse “novo” problema de saúde pública: o suicídio; com um recorte específico sobre as políticas públicas (ações) que são realizadas pelo Exército Brasileiro visando minimizar tal fato dentro da Instituição da Força Terrestre.

Para tanto, tornou-se necessário esclarecer alguns pontos sobre as políticas públicas voltadas ao suicídio no âmbito do Exército Brasileiro, verificando quais as ações que o Exército Brasileiro tem realizado e/ ou deveria realizar para combater o suicídio dentro da Instituição, já que a maioria de seu recurso humano é composto por jovens e adultos jovens do sexo masculino, representando, portanto, um potencial grupo de risco.

1 PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: O SUICÍDIO

1.1 Definição do suicídio

Inicialmente se faz necessário definir e conceituar o suicídio, visando entender o motivo de sua causa, já que, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma pessoa põe fim à própria vida a cada 40 segundos, totalizando cerca de 800 mil mortes por ano no mundo; 75% delas registradas em países pobres e emergentes.

Assim, tal termo (suicídio) foi utilizado pela primeira vez em 1737 por Desfontaines. O significado tem origem no latim, na junção das palavras *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar). Esta conotação especifica a morte intencional ou auto infligida. Num aspecto geral, o suicídio é um ato voluntário por qual um indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte.

(...) o «suicídio» pode alcançar-se pelas próprias mãos, com o auxílio de terceiros ou colocando-se a pessoa, voluntariamente, em condições de a morte ocorrer.

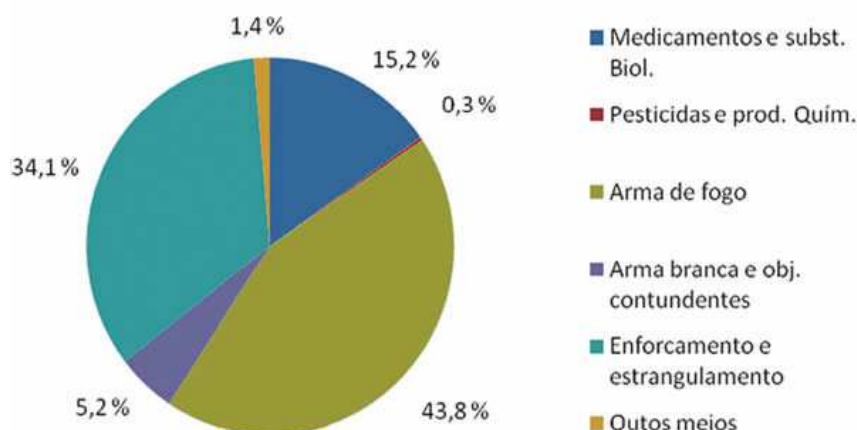
O elemento essencial é a vontade de pôr termo à vida, sendo secundária a forma de o fazer: - por suas próprias mãos, com auxílio solicitado a outrem (...) ou pela criação ou sujeição a situações donde inevitavelmente ou com muita probabilidade decorrerá a morte (...) (LOPES-CARDOSO, 1986, p.17).

Este é um fenômeno especificamente atribuído à raça humana. Tanto quanto se conhece, apenas o ser humano poderá desejar este tipo de morte, e matar-se a si próprio. Apesar de alguns animais se comportarem de uma maneira que lhes provoca a morte, não há provas que esteja relacionado com uma vontade própria de morrer.

Assim, os métodos de que o indivíduo dispõe para consumir o suicídio são poucos, visto que a sua escolha depende principalmente da sua disponibilidade no momento. Eis alguns deles, de acordo com Lopes Cardoso (1986, p.18): “afogamento ou submersão, tiro com armas de fogo, deglutição de corpos estranhos, precipitação, despedaçamento, eletrocussão, enforcamento ou estrangulamento, intoxicação por gases, instrumentos perfurantes e cortantes, incineração, envenenamento etc.”.

Dessa forma, verifica-se que a maioria dos atos suicidas é praticada em condições que permitem o socorro ao suicida mais ou menos de forma imediato. A vontade em ceifar sua própria vida demonstra que geralmente o suicídio não é uma ação ponderada e planejada, mas sim ato impulsivo, conforme figura 1 abaixo:

Figura 1 – Meios utilizados para o suicídio



Fonte: IBGE, 2015

Além disso, são considerados 'tentativas de suicídio' quaisquer atos não fatais de automutilação ou de autoenvenenamento. São comportamentos onde há risco de morte ou tentativas mal sucedidas de suicídio. Esses atos são conhecidos como parassuicídio. Assim, o suicídio é a consequência de uma perturbação psíquica. A tensão nervosa que envolve e culmina nos conflitos intrapsíquicos de gravidade acentuada, transtorna a tal ponto que a morte, para o suicida, torna-se único refúgio e a inevitável solução dos problemas.

Segundo Lopes-Cardoso (1986), alguns fatores são comuns aos indivíduos que tentaram ou cometeram suicídio. Por exemplo, é mais frequente nas idades que delineiam as fronteiras da vida, como a puberdade e a adolescência, e entre a maturidade e a velhice. Além disso, doenças físicas como câncer, epilepsia e AIDS; ou doenças mentais como alcoolismo, dependência tóxica e esquizofrenia, também compõem alguns dos motivos que induzem um indivíduo a atentar contra a própria vida.

Nesse contexto ainda, ressalta-se algumas situações sociais que também conduzem ao suicídio. Podemos incluir como exemplo o insucesso no matrimônio ou não ser casado, não ter filhos, não ser religioso, isolamento social e o fracasso financeiro. A depressão também está aliada às causas dos casos de suicídio. Porém, no auge das crises depressivas o indivíduo fica menos vulnerável a tais tentativas. Isto porque a depressão é caracterizada principalmente pela desmotivação, desinteresse e letargia do raciocínio. Nesse momento, o indivíduo não se dispõe a nenhuma atividade, inclusive o ato de se matar. Alcançado este estágio, a tendência é a omissão, que também é considerado uma das formas de suicídio (LOPES-CARDOSO, 1986).

Importa ainda acrescentar que, do ponto de vista do indivíduo, o suicídio não é visto como um fim para tudo. Pelo contrário, ele é visto como a única alternativa possível para uma determinada situação considerada insuportável, e aparentemente sem resolução.

1.2 O suicídio e a sociedade

O ser humano, quando inserido nos diferentes grupos sociais, oferece-lhes toda a complexidade que o caracteriza e que está na sua natureza. A família, como grupo elementar que é para cada indivíduo e para a sociedade, quando confrontada com a morte, reage de acordo com as suas especificidades. Mesmo quando o confronto é com as diferentes situações que podem levar um indivíduo a lutar pelo direito a morrer, essas especificidades não esmorecem.

Na sociedade, o suicídio é tratado como um autêntico tabu. É algo que as famílias preferem esquecer e quem já tentou quase sempre oculta.

As atitudes em relação ao suicídio estão estreitamente relacionadas com ideologias de morte. Isto explica as similaridades e diferenças entre as reações de diversas sociedades perante o suicídio. (...) A sociedade também considera o suicídio *permissível em certas condições*. (STENGEL, 1980, p.63).

Deve-se ter em conta, o fato de o homem arrogar-se em escolher a hora da sua morte, sendo este, considerado um ato de rebeldia, não só contra as concepções que a sociedade apregoa, que é a preservação da vida, mas também, como se estivesse desafiando o próprio poder divino com a prática de seu ato.

As reações à morte voluntária variam de cultura para cultura e de religião para religião. É uma ação que varia entre ser vista como uma via de libertação ou como um pecado gravíssimo.

Segundo Lopes-Cardoso (1986), no Japão, por exemplo, desde a antiguidade o suicídio é aceito na sociedade, considerando-se uma maneira de exprimir a coragem e o autodomínio. Assim, é considerado um ato honroso para quem o pratica. Já na Grécia e no Império Romano, as atitudes para com este ato variavam entre a condenação, pois era considerado por alguns filósofos como uma forma de assassínio, e a admiração, pois também se considerava que o suicídio era o melhor caminho para se alcançar a liberdade em relação ao sofrimento.

No que diz respeito às religiões, são poucas as que não reprovam totalmente o suicídio e o que a ele esteja relacionado. No caso das religiões

orientais, existem opiniões análogas quanto à reprovação deste ato. No entanto, é dominante a tolerância com quem o pratica, especialmente entre Hindus, Budistas e Bramanistas. Isto se deve ao fato destas religiões considerarem que a vida é um constante renascimento e uma constante renovação e, sendo assim, quando um homem atinge plenamente os seus objetivos de vida, considera-se que é tempo de se retirar e procurar a paz (DAOLIO, 2010).

Já o Judaísmo, o Cristianismo Romano e Protestante e os Muçulmanos, ou seja, as maiores religiões do mundo proíbem esta prática, que para todos eles representa a negação suprema das suas doutrinas e da soberania de Deus. Apesar disso, a Igreja Católica Romana tem sido um pouco mais condescendente que as outras três religiões, concedendo ritos funerários mais ou menos idênticos aos de quem morre de morte natural. Nas restantes, o corpo é simplesmente enterrado, sem qualquer cerimônia, e normalmente sem a presença da família.

1.3 A ótica de Durkheim sobre o suicídio

Não é apenas nas teorias religiosas ou nas concepções da sociedade que a Humanidade busca informações para explicar o suicídio. Ao longo da História, vários foram os grandes sociólogos e psicanalistas que tentaram explicar a autodestruição humana. Deles destacam-se as obras do psicanalista Sigmund Freud e do sociólogo Émile Durkheim (CASSORLA, 1984).

Entretanto será dada ênfase à Durkheim por ser considerado o pai da sociologia, empenhando-se ao longo de sua vida para consolidá-la como ciência autônoma e específica. Seu esforço contribuiu para que a sociologia se tornasse uma matéria acadêmica. Foi fortemente influenciado pelo positivismo e conservadorismo de Auguste Comte. O pensador era defensor assíduo da utilização dos métodos das ciências naturais na análise da sociedade, sustentou a ideia de neutralidade de valores e instituiu os "fatos sociais" como o objeto de estudo da sociologia (GARCIA, 2012).

Foi este sociólogo quem dedicou um maior estudo ao fenômeno do suicídio, na obra "O Suicídio – Estudo Sociológico", cuja primeira publicação data de 1897. Para este sociólogo, segundo Cabral (2016) a explicação está na relação entre o indivíduo e a sociedade onde está inserido, a qual terá certa inclinação coletiva para

o suicídio. Quanto mais profunda for a integração do indivíduo nos grupos sociais, menor a probabilidade de este se suicidar e vice-versa.

Para ele, segundo Garcia (2012) o suicídio era qualquer ato direto ou indireto que uma pessoa é capaz de fazer contra si, tendo como finalidade a própria morte. As causas para tal comportamento são diversas, e quando uma pessoa se mata, não é fácil descobrir o que exatamente a levou a isso.

Durkheim vem mostrar, então, que as causas para tal atitude não tem a ver somente com o indivíduo, mas sim com uma série de fatores sociais. Estes repercutem no indivíduo, levando-o a tirar sua própria vida. Porém, o modo como esses fatores refletem depende muito do modelo de sociedade que se considera (CABRAL, 2016).

Segundo Durkheim (2002), a organização social, natureza dos indivíduos que a compõem e acontecimentos que perturbam a harmonia do funcionamento coletivo são fatores que influenciam gritantemente nas taxas de suicídio de uma sociedade. Como cada uma possui suas peculiaridades, os fatores sociais vão agir de modo distinto. Assim, diferentes sociedades vão ter diferentes taxas de suicídio. Elas se manterão constantes e uma alteração só ocorreria caso houvesse uma mudança muito brusca na organização do corpo social.

Neste contexto, Durkheim (2002) distingue três tipos de suicídio, de acordo com as diferentes perturbações na relação Homem-Sociedade: Egoísta, Anômico e Altruísta.

No suicídio egoísta, há o isolamento excessivo de uma pessoa, onde há enfraquecimento dos laços sociais, da identificação com o próximo e a solidariedade individual para com o coletivo. Já no suicídio anômico, acontece em situações de desordem social, quando há anormalidade nos valores e tradições de referência são abalados. E no suicídio altruísta, que é a antítese do suicídio egoísta, acontece quando há apego excessivo, quando a identificação com o grupo é tão forte que o individual deixa de ter importância e há grande identificação do pessoal com o coletivo (GARCIA, 2012).

Segundo Cabral (2016) a teoria de Durkheim foi alvo de duras críticas, acusada principalmente de não se basear em dados completamente fidedignos. Um dos maiores críticos foi John Douglas, que se apoiou em psiquiatras e psicanalistas para estudar melhor o suicídio. Já Freud interpretou o impulso para a autodestruição

humana de duas maneiras diferentes. Em 1905, cria a teoria de que esta é como o ataque contra uma pessoa amada com a qual o indivíduo se identificou.

Dado que não pode atingir o objeto verdadeiro (a pessoa em questão), a agressividade do homem volta-se contra ele próprio. Mais tarde, por volta de 1920, surpreende com uma nova teoria, que é extremamente criticada e contestada. Este autor constata que existem no Homem dois instintos antagonistas desde o começo da vida: o Instinto de Morte ou *Destrudo* que se opõe ao Instinto de Vida e de Reprodução ou *Libido*, e que ambos se poderiam sobrepor um ao outro, dependendo das condições a que a pessoa está exposta na sociedade. Sendo assim, muitos dos aspectos do comportamento humano seriam explicados com base na influência maior de um dos instintos sobre a pessoa (GARCIA, 2012).

Apesar de opostas, segundo Garcia (2012), estas teorias têm algo em comum: ambas relacionam as ações do indivíduo com forças poderosas (a sociedade, no inconsciente), sobre as quais têm fraco domínio e um conhecimento incompleto.

Estas e outras teorias destacam tanto a complexidade do ato suicida, como quais os sentimentos que o suicida possui e que ajudam a que este consume o ato. Apesar de, claro está, a decisão de pôr fim aos seus dias ser a consequência de toda uma série de fatores, muitas vezes independentes da vontade própria. Mas não se pode esquecer que a última decisão cabe sempre ao indivíduo (CABRAL, 2016).

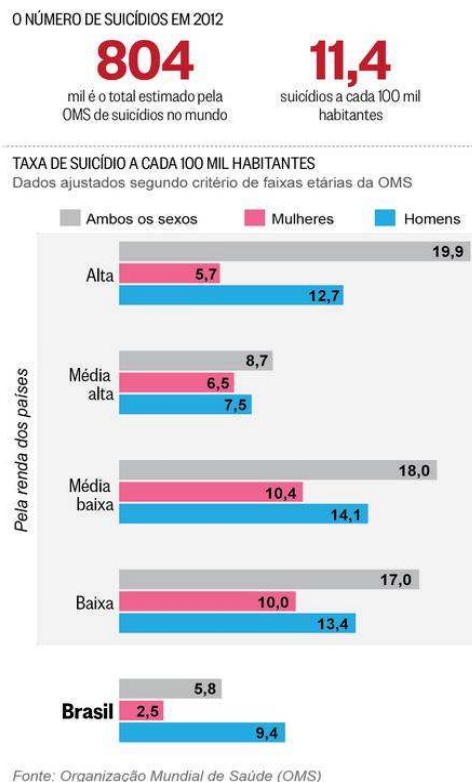
1.4 Visão global do suicídio

No mundo, segundo os dados da OMS (2012) suicidam-se diariamente 2.000 pessoas, conforme pode ser observado na Figura 2 adiante. Nos Estados Unidos são 30.000 suicídios por ano (quase 100 por dia). Os dados ainda apontam que, no geral, 7% dos suicidas sofrem de dependência alcoólica. Aproximadamente 90% dos que tentam, avisam antes. Quem já fez uma tentativa tem 30% mais chances de repetir do que quem nunca tentou, pois aquele que tenta o suicídio e não o vê consumado é candidato natural à recidiva, que culmina tão logo se lhe apresenta o móvel desencadeador do desejo.

Segundo Cassorla (2005), a grande maioria das pessoas já pensou em algum momento em sua vida, cometer o suicídio e que este ato afeta no mínimo

outras 06 (seis) pessoas, podendo ter impacto – caso ocorra em um ambiente de trabalho – em centenas delas.

Figura 2 – Suicídios em 2012

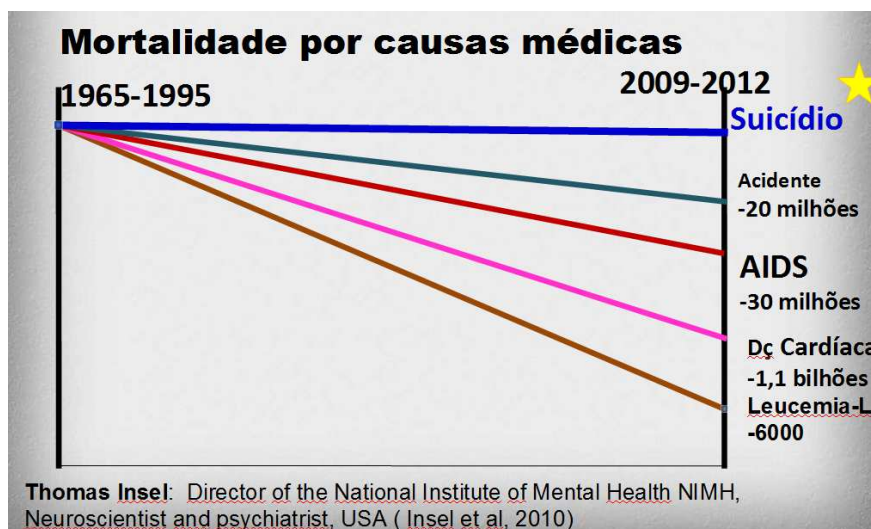


Fonte: OMS, 2012

O custo do suicídio pode ser estimado em termos de DALYs (disability-adjusted-lifeyears, ou anos de vida ajustados às limitações). De acordo com este indicador, em 1998, o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda. Este é um custo equivalente ao das guerras e homicídios, grosseiramente aproxima-se do dobro do custo do diabetes, e também equivale ao custo do trauma e asfixia neonatais (OMS, 2000).

Entretanto, apesar de dados tão expressivos e alarmantes, até há pouco tempo, o suicídio não era visto como um problema de saúde pública. Tal fato é comprovado por meio da não alteração da mortalidade por causa do suicídio, ou seja, segundo pesquisa de Thomas Insel (2010) tal mortalidade permaneceu praticamente constante nas últimas décadas em comparação às demais mortes por causas médicas, sobretudo em relação à Leucemia, doenças cardíacas e AIDS, as quais tiveram uma significativa diminuição fruto de campanhas de combate mais divulgadas e ativas, conforme pode ser observado na figura 3 abaixo:

Figura 3- Evolução da mortalidade por causas médicas

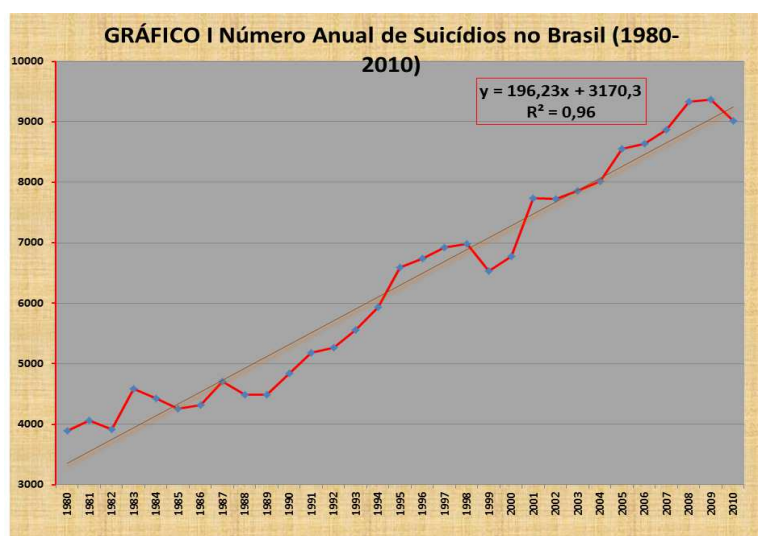


Fonte: DCIPAS, 2016

1.5 O suicídio no Brasil

No Brasil, a situação do suicídio é alarmante. Todos os dias, cerca de 30 (trinta) brasileiros se suicidam e, para cada morte, há entre 10 (dez) e 20 (vinte) tentativas. Assim, constata-se que o suicídio representa um sério problema de saúde pública, uma vez que os coeficientes de suicídio têm aumentado tanto em nosso país, particularmente entre jovens e adultos jovens do sexo masculino, que nos colocou entre os dez países com o maior número absoluto de suicídios (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006), conforme pode ser observado na figura 4 abaixo:

Figura 4 – Gráfico sobre a evolução do suicídio no Brasil



Fonte: IBGE, 2011

Inicialmente essa atitude, que para muitos pode parecer ilógica, é, na verdade, um problema de saúde que necessita de atenção, de articulação social que vá além do “precisamos falar sobre o suicídio”.

Além das questões emocionais, sociais ou financeiras, que também surgem como fatores significativos quando o indivíduo está propenso a se matar, alguns transtornos mentais, se não tratados adequadamente com acompanhamento médico e terapêutico, podem levar a crises de final incerto. Os casos mais comuns envolvem depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar. Alcoolismo e abuso de drogas também são frequentes e engrossam as estatísticas.

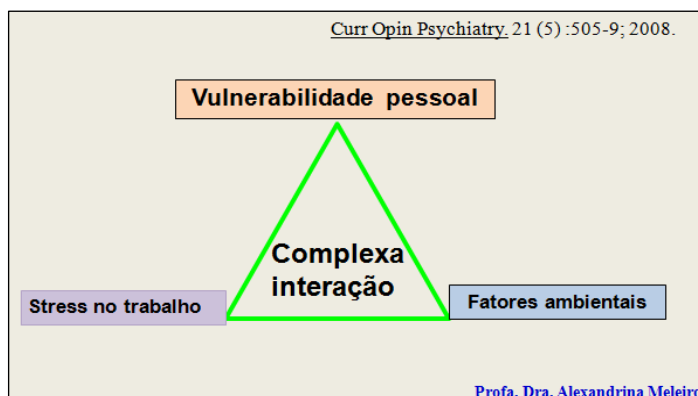
Há de se ressaltar também os problemas sociais como fatores que reforçam os fatores orgânicos supracitados, levando, conseqüentemente, ao suicídio, tais como: a situação de moradia, falta de emprego, violência urbana e insucesso no matrimônio.

Diferentemente do que muitos imaginam, ela não tem o objetivo de se despedir, de testar o médico ou até mesmo de conseguir atenção e carinho. Ao contrário, ela quer se ver livre da sensação “sufocante” e, por isso, pede ajuda, auxílio e proteção ao especialista.

Assim, quando uma pessoa com intenção suicida procura ajuda médica (na maioria das vezes por intermédio da família), ela chega ao consultório angustiada e bastante confusa. Possui sintomas depressivos e fala abertamente em colocar um fim a isso tudo, como se a resolução ao problema fosse simplesmente o fim.

Tal fato pode ser visualizado na figura 5 abaixo, segundo a Dra. Psiquiatra Alexandrina Meleiro:

Figura 5 – Fatores relacionados ao suicídio



Fonte: DCIPAS, 2016

É importante lembrar que a parcela de pessoas que tomam essa iniciativa (ou ainda têm familiares atentos aos sintomas, que ajudam nesse processo) ainda é pequena. Falar de suicídio é tão difícil em função do preconceito, do tabu que permanece enraizado não só no Brasil, mas em diversos países, que somente no final de 2005, o Ministério da Saúde despertou e montou um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades, o qual publicou a Portaria nº 1.876/MS, de 14 de agosto de 2006, que instituiu Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades Federais (BRASIL, 2006).

Convergindo nesse sentido, já que a maioria de seu recurso humano é composto por jovens e adultos jovens do sexo masculino, representando, portanto, um potencial grupo de risco, o Exército Brasileiro publicou a Portaria nº 151 – DGP, de 04 de agosto de 2016, que aprovou as Instruções Reguladoras do Programa de Valorização da Vida (PVV) no âmbito do Comando do Exército, visando promover qualidade de vida, fortalecer os laços afetivos e proteger a vida humana, tirando o suicídio da penumbra da negação e do tabu, encarando-o como um problema de saúde pública, já que de 2006 à 2016 foi um assunto pouco explorado pelo Ministério da Saúde do Governo Brasileiro.

Todavia, recentemente, o assunto ganhou importância no cenário nacional, fato este comprovado pelo “setembro amarelo”, mês que marca a busca pela valorização da vida e a prevenção do suicídio, conforme pode ser observado na figura 6 abaixo:

Figura 6 – Imagem de divulgação do “Setembro Amarelo”



Fonte: Ministério da Saúde, 2016

O objetivo do “Setembro Amarelo” é fazer com que comecemos a pensar em estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação e de proteção (e de recuperação) da saúde, divulgando que o suicídio pode ser prevenido e a sociedade precisa estar ciente disso. Mais do que ciente, mobilizada e madura para debater e agir na prevenção dele.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1 Definição de Políticas Públicas

A política pública surgiu como um subcampo significativo dentro da disciplina de Ciência Política entre os anos 1960 e 1970 e, atualmente, é uma ferramenta essencial de gestão pública, haja vista que as Políticas Públicas são um conjunto de decisões, planos, metas e ações governamentais (seja a nível nacional, estadual ou municipal) voltados para a resolução de problemas/desafios de interesse público.

Nesse contexto, uma definição bastante simples é a de Schmitter (1982), na qual ele definiu política pública como a resolução pacífica de conflitos. Entretanto, este conceito é demasiado amplo. É possível especificá-lo mais e estabelecer que a política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos sociais e de interesse público.

Assim, entende-se que Política Pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos (PETERS, 1986).

De uma forma mais abrangente, pode-se considerar, ainda, que Política Pública é "o que o governo escolhe fazer ou não fazer" (DYE, 1984).

Ressalta-se a definição de Vargas Velásquez (2001), no qual Políticas Públicas é um "conjunto de sucessivas iniciativas, decisões e ações do regime político frente a situações socialmente problemáticas e que buscam a resolução das mesmas, ou pelo menos trazê-las a níveis manejáveis".

Diante do exposto, constata-se que as políticas públicas têm a função de instituir direitos sociais e também a função de exteriorizar a função planejadora do Estado, sendo uma aliada essencial da sociedade na resolução de problemas, desafios e demandas que afetam o bem estar social.

Dessa forma, pode-se considerar que as políticas públicas na realidade têm sua principal razão de existência pelos próprios direitos sociais e que se concretizam por meio de prestações positivas do Estado.

Portanto, as Políticas Públicas são instrumentos de gestão imprescindíveis na gestão governamental, haja vista que seu conjunto de diretrizes irá nortear e orientar a aplicação de recursos públicos por meio de leis, políticas explicitadas ou sistematizadas.

Assim, as políticas públicas elaboradas pelo Governo deverão responder as demandas sociais, torna-se essencial a importância da mobilização social e para que tal fato se torne concreto é necessário que a população esteja consciente das suas demandas, e que realmente queira mudanças positivas e eficientes em cima do problema em questão.

Portanto, relacionando tal assunto (políticas públicas) com o tema deste trabalho (suicídio), verifica-se que o Exército Brasileiro possui uma demanda social, uma vez que existe taxa crescente de suicídio na Força. E diante de tal problema que atinge seus soldados, necessita realizar ações que visem, de alguma forma, a sua resolução, visando atender as expectativas do seu público.

2.2 O ciclo das Políticas Públicas

Em relação à duração da Política Pública em determinado espaço de tempo, têm-se que ela possui um ciclo específico, isto é, ela nasce, cresce, desenvolve-se e, por fim, morre.

Assim, o ciclo das políticas públicas nada mais é que um processo que leva em conta a participação de todos os atores públicos e privados na elaboração das políticas públicas, ou seja, governantes, políticos, trabalhadores e empresas; o poder que esses atores possuem e o que podem fazer com ele; o momento atual do país no aspecto social (problemas, limitações e oportunidades) e a organização de ideias e ações (CASTRO, 2015).

Nesse contexto, para Castro (2015) em palestra apresentada na VI Semana de Administração Orçamentária, Financeira e de Contratações Públicas, promovida pelo governo Federal, o ciclo de políticas públicas inclui uma agenda de elaboração dessa agenda; formulação, implementação, execução, acompanhamento e avaliação, ou seja, o ciclo de Políticas Públicas (conforme figura 7) possuem 06 (seis) etapas distintas, mas totalmente interligadas e dependentes:

- 1) Elaboração: consiste na identificação e delimitação do problema, propondo alternativas para a sua solução;
- 2) Formulação: consiste em selecionar e especificar a alternativa mais adequada e eficiente;
- 3) Implementação: consiste no planejamento e organização administrativa e logística;
- 4) Execução: são as ações realizadas para atingir os objetivos propostos;
- 5) Acompanhamento: consiste na supervisão e correções para a garantia dos objetivos;
- 6) Avaliação: verificação crítica, mensurando e analisando os efeitos sociais produzidos. (CASTRO, 2015).

Figura 7 – O ciclo de Políticas Públicas de Castro



Fonte: Castro, 2015

Vale destacar ainda que no Observatório da Gestão Pública em resenha elaborada por Camilla Geraldello do texto: Souza, Celina. “Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas”. In: Hochman, Gilberto; Arretche, Marta; Marques, Eduardo. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2007. Tal resenha foi apresentada na reunião do Grupo de Pesquisa GEPRI. Neste trabalho, há mais uma forma de apresentação de como funciona o ciclo da Política Pública, conforme pode ser observado na figura 8:

Ciclo da Política Pública – o ciclo passa por vários estágios e constitui um processo dinâmico e de aprendizado. O foco é no primeiro estágio a definição da agenda, que pode ocorrer através do reconhecimento do problema; da construção política da necessidade de se resolver o problema; e pelos participantes (políticos, mídia, grupos de interesse). Desta forma, o ciclo é: (GERALDELLO, 2015)

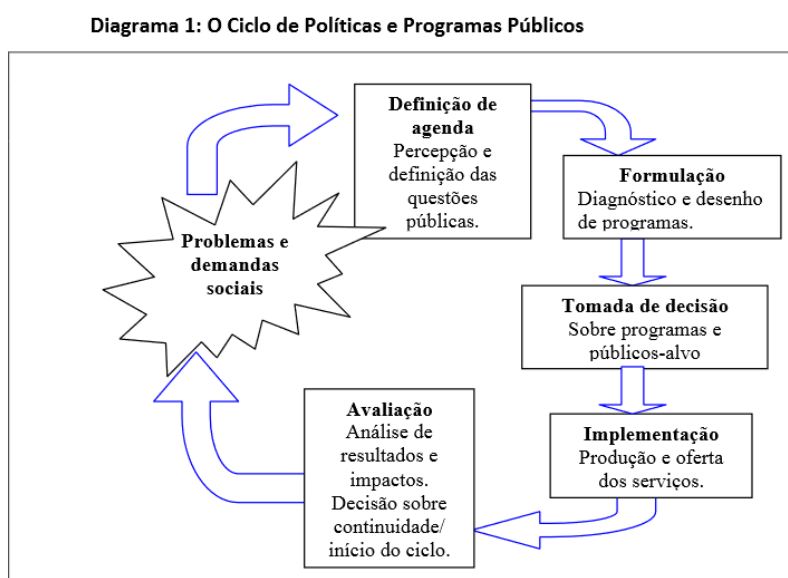
Figura 8 – O ciclo de Políticas Públicas de Geraldello



Fonte: Representação do ciclo da política pública (GERALDELLO, 2015)

Neste contexto, dever ser considerado o fato que uma política pública se refere a “coisa de interesse coletivo”, com destaque para a participação do aparelho do Estado, que inclui a participação de entidades privadas com interesses econômicos, bem como as entidades privadas sem fins lucrativos, também denominadas como “organizações não governamentais – ONGs”, conforme figura 9 abaixo:

Figura 9 – O ciclo de Políticas e Programas Públicos



Fonte: Castro, 2015

Portanto, de forma simplificada temos que em tais abordagens dos ciclos das Políticas Públicas, o primeiro estágio seria o mais amplo, a formação da agenda, em que define o momento onde os indivíduos ou grupos percebem o problema existente e discutem a intervenção governamental, tomando a definição do problema e mobilizando suporte para sua inclusão na agenda do governo (RIPLEY, 1995). É um estágio competitivo e decisivo na política pública, com embate de paradigmas, de interesses, processos de persuasão e de múltiplas interpretações sobre o problema.

Na sequência, Ripley (1995) analisa a formulação e legitimação dos objetivos e programas, marcada pela elaboração de alternativas e a escolha de uma ratificação – coletando, analisando e disseminando informações – em um espaço no qual diferentes grupos defendem seus pontos de vista e procuram construir coalizões que deem suporte às suas ideias e da importância para a negociação e compromisso para a decisão ser alcançada.

As duas etapas subsequentes, segundo a literatura, são a implementação e a avaliação, com destaque a esta última, uma vez que a avaliação pode e deveria ser realizada em todos os ciclos, contribuindo para o sucesso da ação. Também é uma fonte de aprendizado para a produção de melhores resultados.

Portanto, relacionando tal assunto (ciclo das políticas públicas) com o tema deste trabalho (suicídio), verifica-se que o Exército Brasileiro publicou a Portaria nº 151 – DGP, de 04 de agosto de 2016, que aprovou as Instruções Reguladoras do Programa de Valorização da Vida (PVV) no âmbito do Comando do Exército, ou seja, definiu sua agenda, formulou um programa, realizou a tomada de decisões visando a implantação e promoção da qualidade de vida, fortalecimento dos laços afetivos e proteção da vida humana, tirando o suicídio da penumbra da negação e do tabu, encarando-o como um problema de saúde pública dentro de suas fileiras, já que de 2006 à 2016 foi um assunto pouco explorado pelo Ministério da Saúde do Governo Federal.

2.3 A importância da avaliação das Políticas Públicas

Dentro do ciclo das políticas públicas, a avaliação está inserida após a fase da execução, ou seja, é íntegra a fase do controle das políticas públicas.

O objetivo da avaliação é determinar a pertinência e o alcance dos objetivos, sua eficiência e efetividade, o impacto e a sustentabilidade de uma ação, sendo que a avaliação deve proporcionar informações úteis e críveis, as quais permitam a incorporação da experiência adquirida no processo de tomada de decisão, visando à prestação de contas da política pública.

Com isso, o grande número de informações geradas por meio das avaliações passa a ser analisado, de forma a garantir as suas funções básicas: informação (função *feedback*), realocação e legitimação.

Entretanto, é neste momento que se inicia os principais desafios da avaliação das políticas públicas, pois tais informações coletadas não são aproveitadas em sua plenitude, talvez por ceticismo com relação às avaliações, ou talvez por se tornarem um problema, uma vez que os resultados das avaliações podem ser utilizados pela sociedade e pela imprensa para criticar os governos.

Da mesma forma, os governos utilizam resultados das avaliações para legitimar as próprias políticas públicas, já que como as avaliações são realizadas pela própria equipe governamental que implementou um programa ou foi

responsável pela execução de uma política, existe uma propensão a concluir as avaliações celebrando o sucesso, ou ao menos, minimizando os elementos de fracasso.

Face ao exposto, verifica-se, portanto, que o grande desafio da realização da avaliação de políticas públicas é a correta utilização das informações, de forma que estas espelhem a realidade da forma mais transparente e fiel possível, sem sofrer manipulações e interferências (internas e externas), já que ocorre a existência de crenças e interesses conflitantes na instituição que gerencia o programa, mudanças no pessoal envolvido, inflexibilidade nas regras e padrões operacionais da instituição que pode impedir adoção de recomendação que surgiram na avaliação, mudanças nas condições externas como cortes orçamentários e alterações no ambiente político, entre outros fatores que possam comprometer a utilização dos resultados de avaliação.

3 O SUICÍDIO NO EXÉRCITO BRASILEIRO

3.1 O suicídio nas Forças Armadas: visão global

Em pesquisa publicada em três artigos na edição online da revista *Jama Psiquiatria*, da Associação Médica Americana, descobriu que cerca de 1 (um) em cada 10 (dez) soldados tinham características que se encaixava no diagnóstico de transtorno explosivo intermitente, ou seja, mais de 05 (cinco) vezes a taxa encontrada na população geral. Este padrão impulsivo, em combinação com transtornos de humor e com a tensão das missões militares aumentou a probabilidade de agir com impulsos suicidas.

O trabalho reuniu cinco anos de pesquisas acadêmicas, governamentais e militares, e investigou centenas de suicídios e milhões de questionários respondidos anonimamente por soldados ativos.

O esforço começou em 2008, depois que a taxa de suicídio entre os soldados americanos ativos subiu pela primeira vez além da taxa registrada entre adultos jovens e saudáveis da sociedade civil. As guerras no Iraque e no Afeganistão têm contado com um exército de voluntários, ao contrário de guerras anteriores, e muitos dos homens e mulheres alistados hoje já foram enviados duas, três ou quatro vezes para lutarem no Oriente Médio.

Os novos relatórios mostram como as mudanças na composição das forças de combate e as crescentes demandas por serviços têm afetado a taxa de suicídio. O número mais do que dobrou entre 2004 e 2009, passando para mais de 23 por 100 mil soldados. Nesse período, 569 mortes de soldado foram causadas por suicídios. Em 2012 novos dados foram apresentados, os quais registraram no U.S. Army 349 mortes por suicídios, ou seja, 01 (um) a cada 25 (vinte e cinco) horas.

Para David Brent, psiquiatra da Universidade de Pittsburgh, que não fez parte da pesquisa, os resultados sugerem fortemente que "a bagagem trazida pelas pessoas e muitas vezes não divulgada por elas a fim de entrar nas forças armadas interage com o estresse das missões militares", aumentando a vulnerabilidade ao suicídio. Além disso, a facilidade ao acesso a armamentos, o conhecimento de sua manutenção e utilização associado aos fatores orgânicos e sociais são potencializam o risco no meio militar.

Os 03 (três) relatórios não indicam se o relaxamento nas normas para novos soldados que o exército tem usado para sustentar as tropas aumentou a

vulnerabilidade ao suicídio. Um estudo sobre suicídios e mortes acidentais conduzido por Michael Schoenbaum, do Instituto Nacional de Saúde Mental, encontrou uma série de fatores de risco para o suicídio que muitos já acreditavam existir, como rebaixamentos e classificações ruins. Mas o afrouxamento das normas para o alistamento não foi correlacionado ao aumento nos suicídios.

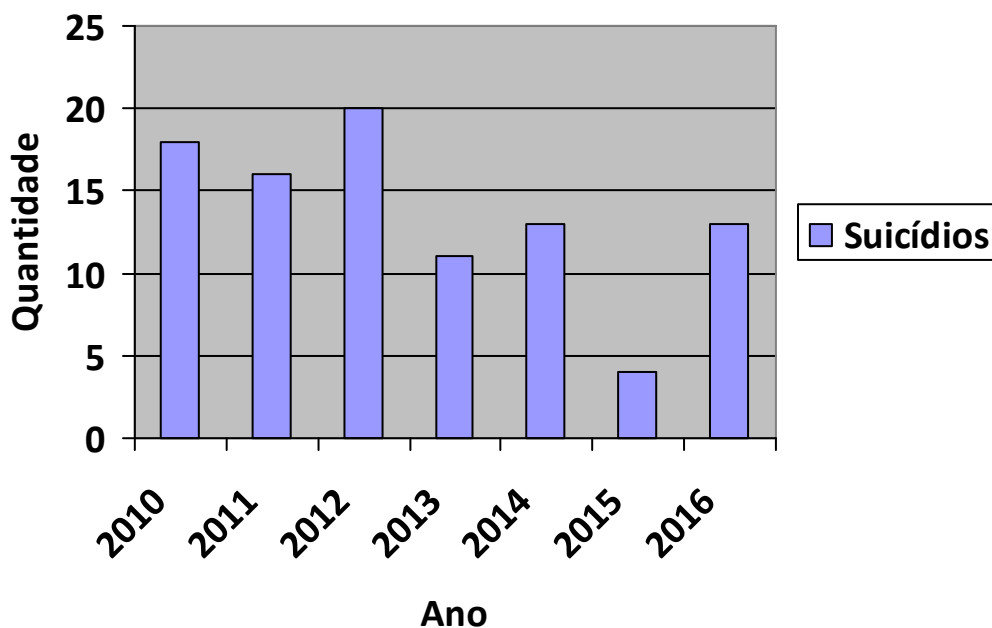
Infelizmente, em nosso país ainda não temos dados tão concretos, provavelmente pelo fato do assunto e as pesquisas nessa área serem recentes, porém os dados citados anteriormente do Exército dos EUA (tão grande em número como o nosso), pode ser utilizado como analogia.

3.2 A evolução do suicídio no Exército Brasileiro

Considerando os últimos dados acerca do número de militares em território brasileiro, temos aproximadamente 219.585 soldados e 280.000 reservistas, sem contar os oficiais, sargentos e seus dependentes. Desta forma, em tal quantidade expressiva de pessoas que compõe a “família militar”, é possível inferir que as diversas patologias que encontramos e tratamos no meio civil afetarão sobremaneira essa parcela da população brasileira. Logicamente, o suicídio neste meio é uma das principais causas de óbitos entre os militares da ativa e reserva.

Diante disso, nos últimos anos, o Exército intensificou sua preocupação com o problema do suicídio, uma vez que desde 2010 tal fato vem aumentando dentro da Instituição, inclusive a ponto de ceifar vidas de comandantes de grandes Unidades, conforme gráfico 1 a seguir:

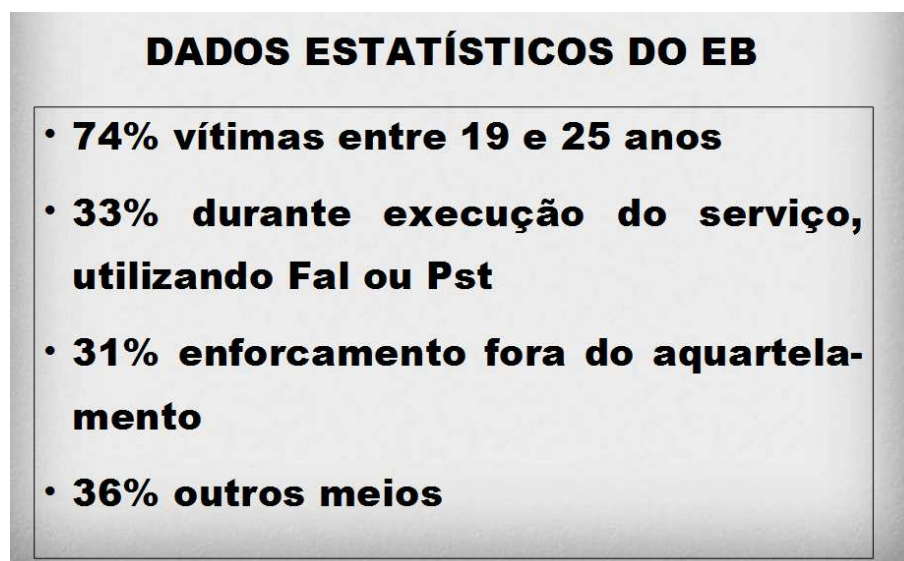
Gráfico 1 – Evolução de suicídios no Exército Brasileiro



Fonte: DCIPAS, 2016

Portanto, diante de um problema/ desafio (diminuir a taxa de suicídios no EB), fez-se necessário que a Instituição adotasse ações para identificar, diagnosticar e combater atos voluntários pelo qual o indivíduo tem a intenção de se matar, conforme pode ser observado na figura 10 a seguir:

Figura 10 – Dados estatísticos do Exército Brasileiro



Fonte: DCIPAS, 2016

Assim, analisando a figura 10, verifica-se que apesar do suicídio ser muitas vezes assintomático e silencioso, o que dificulta o diagnóstico do indivíduo que realmente está com a intenção de atentar contra a própria vida, é possível identificar alguns padrões e ações suicidas.

Sendo assim, o EB vem criando Políticas Públicas dentro da Força para a resolução de tal conflito, ou seja, por meio de um conjunto de decisões, planos, metas e ações, busca a realização de diagnósticos, tratamento e acompanhamento de seu material humano nas Organizações Militares, visando minimizar os potenciais grupos de riscos dentro das fileiras do Exército, haja vista que o suicídio é mais frequente nas idades que delimitam as fronteiras da vida, como a puberdade e a adolescência, e entre a maturidade e a velhice, colocando nas pontas das ações da Força Terrestre 02 (dois) potenciais grupos de risco:

- os adolescentes que ao completarem 18 anos, se inscrevem no serviço militar obrigatório; e

- os militares da reserva, que após anos de serviço prestados na “ativa”, passam para reserva, onde não tem obrigação mais direta com a Instituição, obrigação essa que foi sua dedicação exclusiva por anos da sua vida, trazendo assim uma sensação de inutilidade.

Tais situações supracitadas culminaram na edição da Portaria nº 151 – DGP, de 04 de agosto de 2016, que aprovou as Instruções Reguladoras do Programa de Valorização da Vida (PVV) no âmbito do Comando do Exército, visando a qualidade de vida, fortalecer os laços afetivos e proteger a vida humana, tirando o suicídio da penumbra da negação e do tabu, encarando-o como um problema de saúde pública, já que de 2006 a 2016 foi um assunto pouco explorado pelo Ministério da Saúde do Governo Brasileiro.

Assim, a Força Terrestre delegou à DCIPAS a responsabilidade pelas ações efetivas para combater o suicídio, levando e debatendo o tema com especialistas no assunto, buscando ministrar palestras sobre a valorização da vida no âmbito das Unidades, treinando, instruindo e capacitando os comandantes para o diagnóstico precoce do suicídio. Enfim, o objetivo é mostrar que apesar de ser uma realidade dentro das organizações, é possível mudá-la, pois é viável mudar a realidade de qualquer indivíduo.

3.3 A Diretoria de Civis, Inativos, Pensionistas e Assistência Social (DCIPAS)

A Portaria nº 151 – DGP, de 04 de agosto de 2016, que aprovou as Instruções Reguladoras do Programa de Valorização da Vida (PVV) no âmbito do Comando do Exército, é a implantação de uma Política Pública dentro do Exército Brasileiro que visa promover qualidade de vida, fortalecer os laços afetivos e proteger a vida humana, tirando o suicídio da penumbra da negação e do tabu, encarando-o como um problema de saúde pública.

Assim, a Diretoria de Civis, Inativos, Pensionistas e Assistência Social (DCIPAS) é o órgão responsável pelo PVV no âmbito do Comando do Exército e, com isso, tem trabalhado e acompanhado os casos em todo âmbito do Exército Brasileiro, com incansáveis ações para mudar o quadro de aumento dentro de suas fileiras, mediante objetivos e metas bem definidas e indicadores consistentes, conformes quadros 1 a 4 a seguir:

Quadro 1 - INDICADOR 1: Quantidade de registros por email PVV por número de pessoas em palestras.

SUBDIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADOR - FQI	
SEÇÃO/SDIR: DCIPAS	
1. Denominação: É utilizado para medir a quantidade de pessoas que acionaram por email PVV (padronizado para as regiões militares) após palestras PVV realizadas.	6. Periodicidade da Coleta: Trimestralmente.
2. Finalidade: É utilizado para medir a efetividade da palestra PVV. Mede a quantidade de pessoas que acionaram o email PVV x no. De pessoas presentes na palestra.	7. Unidade: [] percentual [] real [<input checked="" type="checkbox"/>] quantidade [] outra: <u>dias</u>
	8. Tipo de Indicador: [] Indicador de Eficiência [] Indicador de Eficácia [<input checked="" type="checkbox"/>] Indicador de Efetividade
3. Fórmula: SOMFun = (Somatório no. de registros por email PVV) x (somatório do no. Total de pessoas presentes nas palestras).	9. Descrição da Fórmula: SOMFun = quantidade de formulários PVV x no. De participantes das palestras.
4. Objetivo estratégico do DGP/EB: OEE 13- FORTALECER A DIMENSÃO HUMANA Estratégia: 13.1 Desenvolvimento de ações de apoio à família	10. Meta para o indicador: mensurar e aumentar o acesso de pessoas ao programa por meio do email do programa.

<p>militar</p> <p>13.1.3 Otimizar e ampliar os Sistemas de Assistência Social, de Assistência Religiosa e de Atividades de Lazer.</p> <p>Estratégia: 13.2 Aperfeiçoamento da gestão de pessoal</p> <p>13.2.2 Aperfeiçoar a sistemática de avaliação do desempenho.</p> <p>13.2.2.1 Prosseguir na implantação da Gestão de Pessoal por Competência</p>	<p>11. Referencial Comparativo</p> <p>Não mensurado anteriormente.</p>
<p>5. Polaridade: [x] maior melhor [] menor melhor</p>	<p>12.Responsável:</p>

Fonte: DCIPAS, 2016

Quadro 2 - INDICADOR 2: tempo médio entre o registro de solicitação de ajuda (por email) realização de entrevista de triagem PVV ou encaminhamento para OMS.

SUBDIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADOR - FQI	
SEÇÃO/SDIR: DCIPAS	
<p>1. Denominação: tempo médio entre o registro de solicitação de ajuda (via email) e realização de entrevista de triagem PVV.</p>	<p>6. Periodicidade da Coleta: Trimestralmente.</p>
<p>2. Finalidade: É utilizado para medir tempo de espera entre o registro por email após a paleta e a realização de entrevista de triagem PVV.</p>	<p>7. Unidade: [] percentual [] real [] quantidade [X] outra: <u>dias</u></p> <p>8. Tipo de Indicador: [X] Indicador de Eficiência [] Indicador de Eficácia [] Indicador de Efetividade</p>
<p>3. Fórmula:</p> <p>TMAFun = (Somatório dos tempos registro de email)</p> $\frac{\text{Somatório de dias entre o acionamento por email e realização da entrevista de triagem PVV}}{\text{Total de registros por email}} \times 100$ <p>/ (Total de registros por email de triagem realizadas no período)</p>	<p>9. Descrição da Fórmula:</p> <p>TMAFun – Tempo Médio para realização de entrevista de triagem.</p> <p>Somatório de dias = recebimento de email +realização de entrevista de triagem (PVV ou encaminhamento OMS).</p>

<p>4. Objetivo estratégico do DGP/EB: OEE 13- FORTALECER A DIMENSÃO HUMANA</p> <p>Estratégia: 13.1 Desenvolvimento de ações de apoio à família militar</p> <p style="text-align: center;">13.1.3 Otimizar e ampliar os Sistemas de Assistência Social, de Assistência Religiosa e de Atividades de Lazer.</p> <p>Estratégia: 13.2 Aperfeiçoamento da gestão de pessoal</p> <p style="text-align: center;">13.2.2 Aperfeiçoar a sistemática de avaliação do desempenho.</p> <p style="text-align: center;">13.2.2.1 Prosseguir na implantação da Gestão de Pessoal por Competência</p>	<p>10. Meta para o indicador: reduzir o tempo médio de realização de entrevista de triagem de 1(um) mês para 15(quinze) dias no prazo de 1(um) ano.</p> <p>11. Referencial Comparativo</p> <p>Não mensurado anteriormente.</p>
<p>5. Polaridade: [] maior melhor [X] menor melhor</p>	<p>12.Responsável:</p>

Fonte: DCIPAS, 2016

Quadro 3 - INDICADOR 3: Eficácia da prevenção secundária

SUBDIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADOR - FQI	
SEÇÃO/SDIR: DCIPAS	
<p>1. Denominação: Eficácia da prevenção secundária</p>	<p>6. Periodicidade da Coleta: Trimestralmente.</p>
<p>2. Finalidade: É utilizado para medir a redução do comportamento suicida a partir da utilização do BSI (INVENTÁRIO BECK DE SUICÍDIO) realizado em dois momentos: na entrevista de triagem e na última sessão psicoterápico previsto no PTI (Plano Terapêutico Individual). Indivíduos</p>	<p>7. Unidade: [x] percentual [] real [] quantidade [] outra: <u>dias</u></p> <p>8. Tipo de Indicador: [X] Indicador de Eficiência [] Indicador de Eficácia [] Indicador de Efetividade</p>
<p>3. Fórmula: TMAFun =</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No. Pessoas que apresentam sintoma no início do tratamento das OMS/PVV</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No. Pessoas que apresentam sintoma no final do tratamento OMS/PVV</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">X 100</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No. Total de pessoas atendidas no programa OMS/PVV</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No. Total de pessoas atendidas no programa OMS/PVV</div> </div>	<p>9. Descrição da Fórmula:</p> <p>Fun = Percentual de pessoas que apresentam remissão dos sintomas</p>
<p>4. Objetivo estratégico do DGP/EB: OEE 13- FORTALECER A DIMENSÃO HUMANA</p> <p>Estratégia: 13.1 Desenvolvimento de ações de apoio à família</p>	<p>10. Meta para o indicador: reduzir em no mínimo 30% o número de pessoas que apresentam sintomas no final do tratamento.</p>

<p>militar</p> <p>13.1.3 Otimizar e ampliar os Sistemas de Assistência Social, de Assistência Religiosa e de Atividades de Lazer.</p> <p>Estratégia: 13.2 Aperfeiçoamento da gestão de pessoal 13.2.2 Aperfeiçoar a sistemática de avaliação do desempenho. 13.2.2.1 Prosseguir na implantação da Gestão de Pessoal por Competência</p>	<p>11. Referencial Comparativo</p> <p>Não mensurado anteriormente.</p>
<p>5. Polaridade: [x] maior melhor [] menor melhor</p>	<p>12.Responsável:</p>

Fonte: DCIPAS, 2016

Quadro 4 - INDICADOR 4: Quantidade de registros pós tratamento

SUBDIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADOR - FQI	
SEÇÃO/SDIR: DCIPAS	
<p>1. Denominação: É utilizado para medir a quantidade de pessoas acompanhadas após a finalização do tratamento.</p>	<p>6. Periodicidade da Coleta: Trimestralmente.</p>
<p>2. Finalidade: É utilizado para medir a quantidade de pessoas que foram atendidas pelo programa no intuito prevenir as recaídas.</p>	<p>7. Unidade: [] percentual [] real [x] quantidade [] outra: <u>dias</u></p> <p>8. Tipo de Indicador: [] Indicador de Eficiência [] Indicador de Eficácia [x] Indicador de Efetividade</p>
<p>3. Fórmula:</p> $\text{SOMFun} = \frac{\text{No. de contatos follow up}}{\text{No. de pessoas atendidas programa}}$	<p>9. Descrição da Fórmula:</p> <p>SOMFun = x no. De participantes que concluíram o tratamento do programa .</p> <p>No. de follow up = quantidade de pessoas que o programa entrou em contato.</p> <p>No. de pessoas pessoas atendidas = que realizaram o Plano de Terapêutico Individual</p>
<p>4. Objetivo estratégico do DGP/EB: OEE 13- FORTALECER A DIMENSÃO HUMANA</p>	<p>10. Meta para o indicador: mensurar e aumentar o no. pessoas acompanhadas pós-programa.</p>

<p>Estratégia: 13.1 Desenvolvimento de ações de apoio à família militar</p> <p style="padding-left: 40px;">13.1.3 Otimizar e ampliar os Sistemas de Assistência Social, de Assistência Religiosa e de Atividades de Lazer.</p> <p>Estratégia: 13.2 Aperfeiçoamento da gestão de pessoal</p> <p style="padding-left: 40px;">13.2.2 Aperfeiçoar a sistemática de avaliação do desempenho.</p> <p style="padding-left: 80px;">13.2.2.1 Prosseguir na implantação da Gestão de Pessoal por Competência</p>	<p>11. Referencial Comparativo</p> <p>Não mensurado anteriormente.</p>
<p>5. Polaridade: [x] maior melhor [] menor melhor</p>	<p>12.Responsável:</p>

Fonte: DCIPAS, 2016

3.4 A prevenção do suicídio no Exército Brasileiro

Atualmente o Exército Brasileiro, através da DCIPAS, tem trabalhado e acompanhado os casos em todo âmbito do Exército Brasileiro, realizando incansáveis ações para mudar o quadro de aumento dos casos de suicídio dentro de suas fileiras; levando e debatendo o tema com especialistas no assunto, buscando ministrar palestras sobre a valorização da vida no âmbito das Unidades, treinando, instruindo e capacitando os comandantes para o diagnóstico precoce do suicídio.

Assim, a DCIPAS realiza ações que visam, sobretudo, orientar sobre as medidas preventivas que devem ser adotadas para combater o suicídio, as quais devem ser praticadas no âmbito do Exército. Portanto, tal Diretoria supracitada tem realizado políticas públicas visando a resolução de tal conflito/problema dentro da Força, seja por meio da elaboração e divulgação de cartilhas ou, ainda, por meio de diretrizes que priorizam a conscientização dos militares, conforme os tópicos a seguir.

3.4.1 Atentar para reconhecer e identificar comportamentos suicidas

Faz-se mister o reconhecimento por parte dos Chefes de alguns indícios de seus subordinados, os quais poderiam levar a tal evento catastrófico. Citam-se alguns em nível de conhecimento científico e geral:

1) Algumas frases proferidas podem ser de relevância e serem levadas mais a sério como “ não aguento mais”, “quero sumir”, “quero morrer;

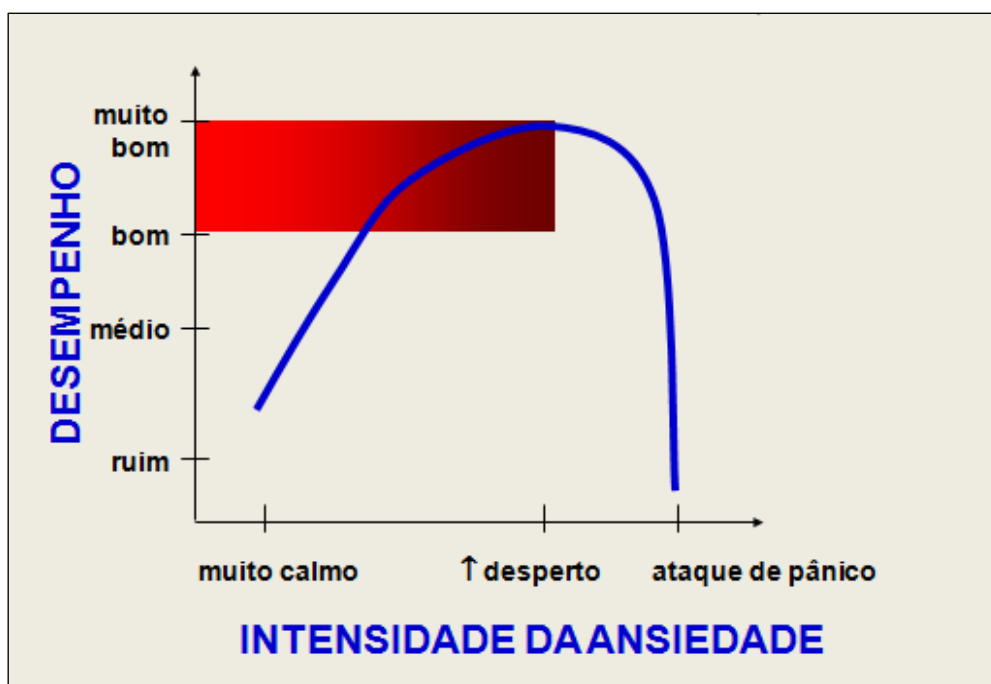
2) Mudança repentina de comportamento, ou seja, uma atitude totalmente diferente da esperada para aquele tipo de personalidade;

3) A utilização de drogas lícitas e ilícitas pode precipitar quadros psicóticos em pessoas possuidoras de algumas doenças mentais, levando-se a atitudes extremas. Nos quartéis é comum a utilização de entorpecentes, o que pela norma disciplinar militar é transgressão grave;

4) Perda de interesse nos afazeres diários, levando por vezes à instabilidade emocional;

5) Por último, temos a figura 11 a seguir, de simulação de melhora, ou seja, a pessoa é conhecidamente depressiva, inclusive com uso contínuo de psicotrópicos e, de repente, refere estar bem mais disposto ou melhor. Ganhando a confiança de médicos e da própria família, a pessoa tem a intenção de permanecer sozinha e, desta forma, cometer o suicídio sem a interferência de terceiros.

Figura 11 – Simulação de melhora do suicida



Fonte: DCIPAS, 2016

Os comandantes devem ter ciência que o suicídio não consiste unicamente no ato voluntário que produz a morte instantânea. O indivíduo pode matar-se ou procurar a sua morte de uma forma consciente ou inconsciente; todos aqueles que, de um modo ou de outro, apressam a extinção das suas forças vitais, contrariamente

ao período normal que lhe é dado pela natureza, são considerados também suicidas.

Além disso, o comandante deve estar atento aos sinais deixados por suicidômanos, como bilhetes e cartas, uma vez que prevenir um suicídio é mais econômico e menos traumático tanto para o Exército como para os indivíduos (familiares e colegas de trabalho) que conviveram com o suicida ou que convivem com um parassuicida, já que o suicídio afeta no mínimo outras 06 (seis) pessoas, impactando sobremaneira no ambiente de trabalho.

Deve-se ter consciência que os gastos com medicamentos, funerais, tratamentos psicológicos de dependentes e familiares do suicida ou com o próprio parassuicida chegam a equivaler-se a custos de guerras e homicídios, variando entre 2,3% a 1,7% do custo total de doenças, onerando os cofres públicos – e em particular o orçamento da Força Terrestre, desgastando também a imagem da Força e trazendo inconvenientes e traumas psicológicos para os que foram marcados com o drama.

3.4.2 Atuação da liderança do Comando

O comandante – aproveitando os caracteres de liderança que lhe são afetos – deve desenvolver nos seus homens as pulsões de vida, orientando-os também a saberem como lidar com os impulsos de morte que em determinadas situações, também auxiliam no desenvolvimento e na manutenção da vida; tomando o cuidado de alertá-los quanto às situações de conflito, quando essas pulsões poderiam se exacerbar e dar passagem a mecanismos autodestrutivos, terminando por acelerar a morte, que deixa de ser natural e passa a ser provocada pelas doenças, por acidentes ou atos inconscientes ou conscientes de autoextermínio.

Os fatores internos e externos se entrelaçam e agem na psique do suicida. Assim, ao estudar o caso do militar parassuicida que está sob suas mãos, o Comandante deve procurar ter uma visão ampla e holística dos fatores que podem estar desencadeando o processo suicidógeno; e não esquecer de que a sua atuação como comandante sempre deverá agir para prevenir e evitar o desencadeamento dos fatores suicidógenos, e que o alcance dos seus trabalhos estará no limite que imporá a si encaminhar o militar parassuicida a um tratamento médico especializado.

Portanto, o Comando deve buscar a liderança participativa (mais democrática) em detrimento da delegativa e, principalmente, da autocrática

(autoritária), por ser o estilo que mais se coaduna com a necessidade, cada vez maior, de influenciar o comportamento humano e conduzir pessoas ao cumprimento do dever, além de permitir a construção dos vínculos de coesão, colaboração e o desenvolvimento do trabalho de equipe, em melhores condições.

3.4.3 Orientar sobre o casamento e construção da família

A família é o embrião da sociedade. Os indivíduos que são oriundos de um lar desajustado, provavelmente será um militar desajustado. Que indivíduos oriundos de lares conturbados e, muitas vezes, desfeitos em situações também conturbadas, (onde o jovem sofreu grandes traumas com a separação de seus pais, por exemplo), podem apresentar, posteriormente, desequilíbrios emocionais, podem comprometer sua saúde mental, levando a ficar à mercê dos fatores desencadeantes de atitudes suicidógenas, podendo-o levar a cometer um ato suicida.

O Exército Brasileiro poderá contribuir contra o suicídio dentro das suas fileiras, ao promover campanhas em prol da valorização das famílias, seja das que já compõem a Família Militar ou das futuras famílias que serão construídas por meio do matrimônio, pois um casamento sólido normalmente protege o indivíduo contra ideias suicidógenas por proporcionar companhia e amparo nas horas difíceis, pela presença de filhos, pelas menores chances de solidão que encontrará o casado etc.

Nesse sentido, os mais jovens (particularmente cabos e soldados, 3º Sgt, Asp Of e 2º Ten) devem ser orientados sobre as dificuldades que poderão encontrar em um casamento prematuro e impulsivo, já que a falta de maturação de uma adequada condição econômico-social, associada a gravidezes indesejadas, infidelidades, crimes passionais, desagregação familiar, são fatores capazes de provocar situações que desencadeiem os fatores suicidógenos, já que solteiros e divorciados estão em maior risco para o suicídio.

3.4.4 Orientar sobre o uso de drogas e círculo de amizades

O militar com pensamentos ou atitudes suicidógenas não deve ficar próximo ou ter facilitado o seu acesso a meios que possam lhe causar a morte. O controle acirrado contra drogas protegerá os futuros recursos humanos de que o país necessita para defendê-lo, fornecendo massa humana mais preparada psico e organicamente para cumprir com o seu dever de cidadão.

Realizar um levantamento da convivência social dos subordinados se faz necessário, visando verificar o círculo de amizade e locais onde frequenta: como clubes, bares, escola e igrejas (se for o caso), tendo em vista que a partir daí pode-se traçar, mesmo que sumariamente, um perfil de sua personalidade e suas preferências.

Assim, tal levantamento vem corroborar para a análise do comportamento do futuro militar no que se refere a um possível envolvimento com as drogas, já que o contato com substâncias entorpecentes de indivíduos que portam armas de fogo apresenta um alto risco de periculosidade para aqueles que com ele convivem, pois uma pessoa sobre o efeito de drogas perde sua capacidade de julgamento sobre o certo e errado. E a partir daí, conduzir-se para um ato atentatório contra a vida, dele ou de outrem, seria mera questão de oportunidade.

Vale ressaltar que o estreito relacionamento entre o consumo de drogas, a dependência física e o endividamento para sustentar o vício – são fatores potenciais que podem levar os militares a cometerem o suicídio.

3.4.5 Apoiar a busca pela fé: religião

Há também a necessidade de se educar os militares a buscarem uma fé que possa arrastá-los para bem longe das ideias de suicídio, promovendo em si os impulsos de vida; de procurarem participar de cultos religiosos e se aterem a uma religião, a qual buscará desenvolver a sua fé e a crença de que o mundo não se acaba com problemas e que essa crença, em um ser supremo, assim, estimulando essa confiança, ajudará as pessoas desorientadas a superar as suas dificuldades, proporcionando as devidas condições de sobrevivência para os mesmos, prevenindo-os e afastando-os de pensamentos autodestrutivos.

Assim, os líderes e chefes devem enfatizar a busca pela fé divulgando filosofias que valorizem o pensamento e a importância da autodisciplina, bem como, as atitudes que fazem da rotina, o hábito da vida.

Todo comandante e líder devem educar e orientar os seus comandados com relação à valorização dos seus pensamentos, pois pelo que podemos auferir dos ensinamentos aprendidos pelas experiências e conclusões de físicos pesquisadores é que toda matéria é energia tornada visível e que toda energia, originariamente, é força divina de que nos apropriamos para interpor os nossos propósitos aos propósitos da Criação, cujas leis nos conservam e prestigiam o bem praticado,

constrangendo-nos a transformar o mal de nossa autoria no bem que devemos realizar (LOPES-CARDOSO, 1986).

A preocupação com o liderado deve ser interesse constante do líder militar. Conhecer detalhadamente cada liderado é praticamente impossível, mas, essa busca para conhecer o militar deve ser constante, pois entender como as pessoas pensam e agem num mundo em constante mudança é um desafio para o líder. Nesse ínterim, a necessidade de que diuturnamente os comandantes, chefes e líderes busquem educar os seus comandados em relação aos próprios pensamentos (e, por conseguinte com suas próprias atitudes) a fim de que não atraiam, jaezes negativos, criando assim, condições suicidógenas para si próprios.

E isso é deveras importante, em se tratando de obsessões que podem levar o homem a praticar a violência fatal contra si próprio, devido às intercessões alheias à vontade dele, não obstante provocadas e atraídas pela sua conduta, pelos desequilíbrios advindos de leituras não edificantes e que se interiorizam em sua mente, pelo que ouve e assiste, pelos ambientes que frequenta, pelos seus comportamentos e atitudes e, principalmente, pelas suas palavras e pelos seus pensamentos, quando lhe restarão os resíduos finais dessas influências que transformarão a sua mente em um cadinho, qual forno a fundir todas essas energias negativas e pulsões destrutivas contra si próprio e de maneira incontrolável.

3.4.6 Aumentar a demanda por profissionais especializados: psiquiatras

Outro fator a se levar em consideração é mobiliar a Força Terrestre com um maior número de médicos psiquiatras. Identificar, avaliar e manejar pacientes parassuicidas é uma importante tarefa do médico – que tem um papel fundamental na prevenção do suicídio. A falta de um número maior destes especialistas (psiquiatras) – no mínimo em Hospitais de Guarnição (H Gu) – poderia levar componentes da Força com distúrbios mentais a consultarem clínicos gerais, e com isso, muitas das vezes, não apontando o diagnóstico correto.

Que em última instância, onde não há psiquiatras na guarnição, pode-se procurar apoio de médicos ou psiquiatras civis mais próximos até que se possa transferir o militar para um hospital da Instituição com o apoio adequado. E ainda, antes que se chegue a este caso, o Exército poderia – através dos seus órgãos responsáveis – selecionar médicos clínicos gerais, educados para identificar e tratar

casos de depressão, bem como reciclar os que já operam dentro da força, com a realização de cursos e estágios em faculdades e clínicas afins.

Outro fator preponderante pode ser a inclusão dos militares com distúrbios mentais ou que atravessam períodos de depressão, alcoolismo e esquizofrenia devem ser submetidos a avaliações psicológicas e exames de saúde mental, regularmente.

3.4.7 Realizar processo seletivo mais rigoroso

A carreira militar, como tantas outras, sempre despertou a admiração da sociedade brasileira e, portanto, o interesse em ingressar na carreira das armas é almejado por muitos, fazendo com que o número de pretendentes seja superior ao número de vagas existentes. E isso abre uma janela para que o Exército Brasileiro possa selecionar muito bem seus integrantes, até mesmo aqueles que prestarão o serviço militar obrigatório, pois é notório que, atualmente, a quase totalidade dos conscritos é de voluntários. Nesse ínterim, o trabalho realizado para a seleção dos que almejam a carreira militar torna-se uma das principais ferramentas no que tange a prevenção.

O fato de não se incorporar um futuro suicida às fileiras do Exército evita, de antemão, desgastes psicológico, social e financeiro, dentre outros, tanto para os integrantes da Organização Militar, como para a imagem da Força junto à sociedade brasileira. Assim sendo, a seleção complementar pode ser aperfeiçoada com uma entrevista muito mais rigorosa, devendo ser realizada por profissionais do mais alto gabarito e com experiência na identificação de problemas atinentes à seleção dos novos contingentes. A comissão de seleção deve ser composta de profissionais altamente qualificados, inclusive por profissionais ligados à parte de saúde mental como psicólogos e/ou psiquiatras.

A aplicação de testes psicológicos é outro instrumento importantíssimo à disposição daqueles que realizam a seleção, testes esses muito eficazes na identificação de indivíduos com problemas na saúde mental.

Na ficha de entrevista, preenchida por todos os futuros militares, deve-se fazer constar, obrigatoriamente, itens que facilitem a identificação, mesmo que sumária, da personalidade do indivíduo, tais como:

A existência de algum vício como beber, fumar, ou até mesmo consumo de drogas ilícitas (lembrando que o jovem que consome drogas, normalmente iniciou

seu vício pela “maconha”, sendo, portanto, possível associar que o ato de fumar pode ser considerado um primeiro estágio, que levaria ao consumo do “baseado”);

- A existência de casos de suicídio na família;
- A existência de problemas de envolvimento com drogas lícitas e ilícitas na família;

- Traumas sofridos na infância;

- Pais separados: se houve algum sofrimento ao jovem no processo de separação;

- Caso os pais residam sobre o mesmo teto, procurar levantar como é o relacionamento do casal, se vive em harmonia ou em constantes brigas (lembrando que o indivíduo proveniente de um lar feliz, quase sempre está imune de cometer um ato suicida);

- Local onde mora, que locais frequenta, com que frequência (neste aspecto esse levantamento busca identificar as companhias do jovem, sua rotina e possíveis envolvimento com pessoas e locais incompatíveis com a carreira das armas);

- Se o jovem pratica esporte regularmente, qual o tipo de esporte e com que frequência (pois a prática desportiva com regularidade propõe um corpo são e conseqüentemente uma mente sã).

O processo de seleção dos conscritos deve manter-se longe das áreas onde o estudo epidemiológico mostrou-se desfavorável às condições sociais, não obstante a ideia da participação do Exército nessas áreas como Mão Amiga no tocante a palestras esclarecedoras sobre o assunto e demais atividades afins.

Durante o processo seletivo, a comissão deve buscar contato com alguém da família, ou até mesmo vizinho do candidato buscando qualquer tipo de predisposições suicidômanas, no intuito de acessar informações a cerca de alteração de comportamento como queda nas notas escolares, frequência aos colégios, faculdades e/ou cursos, perda de apetite, entre outros (isso mostra um possível envolvimento com drogas, pois estas geram alteração comportamental).

Para ratificar o exposto acima, os responsáveis pela incorporação dos novos integrantes da Força poderão solicitar, daqueles rapazes e moças que estão sendo entrevistada, a apresentação da carteira profissional ou do boletim escolar ao jovem que deseja incorporar às fileiras do Exército, pois esses documentos apresentam sua regularidade e o seu comprometimento com a profissão ou com os estudos. E, normalmente, a pessoa comprometida com aquilo que faz, possivelmente não estará

envolvida com o consumo de drogas, estará a pleno de pulsões de vida, e conseqüentemente, com grandes chances de estar longe de problemas suicidógenos.

Portanto, a inexistência de um sistema público de ajuda psicológica e/ou psiquiátrica eficiente no país sinaliza ao Exército que ele deve realizar testes mais rigorosos nos conscritos e nos militares em geral que entram nas suas fileiras, a fim de detectar possíveis caracteres suicidômanos nos futuros integrantes, bem como a manutenção da realização de tais testes ou similares uma vez a cada ano ou semestre, ou mais vezes ainda, nos parassuicidas em potencial.

3.4.8 Maior atenção aos militares da reserva

Dar atenção aos militares da reserva e seus familiares seria mais uma preocupação no combate ao suicídio dentro da Força; particularmente aos reformados, pois são os que mais apresentam problemas de saúde, devido à idade avançada ou ao problema de saúde que os levou à reforma.

Com tal público, as medidas preventivas contra o suicídio devem ser mais atuantes, pois vivenciam uma nova fase da sua vida (aposentadoria), ou enfrentam problemas de saúde e sociais que são inerentes às idades mais avançadas (tais como perda de cônjuge, solidão, ociosidade, entre outros) – sendo muitas das vezes atacados por doenças crônicas – o que aumenta o risco do suicídio.

Então a instituição Exército, poderia por meio de políticas públicas inovar com a criação de eventos regionais ou nacionais fomentar as atividades recreativas, promovendo mais atividades voltadas para esses militares, tais como: encontros, competições e/ou atividades desportivas, concursos literários, bailes da 3ª idade e passeios, visando lhes proporcionar a atenção necessária e justa.

3.4.9 Incentivar a prática desportiva

O comandante, de posse dessas informações, deverá procurar, dentro da sua área de competência, criar motivações externas para os seus comandados a fim de que o mesmo busque as pulsões de vida e se afaste dos pensamentos suicidas, pois o parassuicida é um indivíduo que está em um estado de desequilíbrio consigo mesmo e/ou com os outros, o que gera para si uma tensão represada, e da qual procurará se livrar através de ações conscientes ou inconscientes, descarregando

esse conflito contra alguém (impulso destrutivo), ou contra si mesmo (impulso autodestrutivo).

Assim, cabe ao Comando estimular o culto ao esporte, pois as atividades físicas afastam as doenças, previnem o organismo contra as mesmas, valorizam a saúde afastando as drogas de quem dela faz uso; e ainda por cima, deixam o ser humano com mais autoconfiança em si mesmo e com maior autoestima: “um belo corpo desperta e forma uma bela alma”.

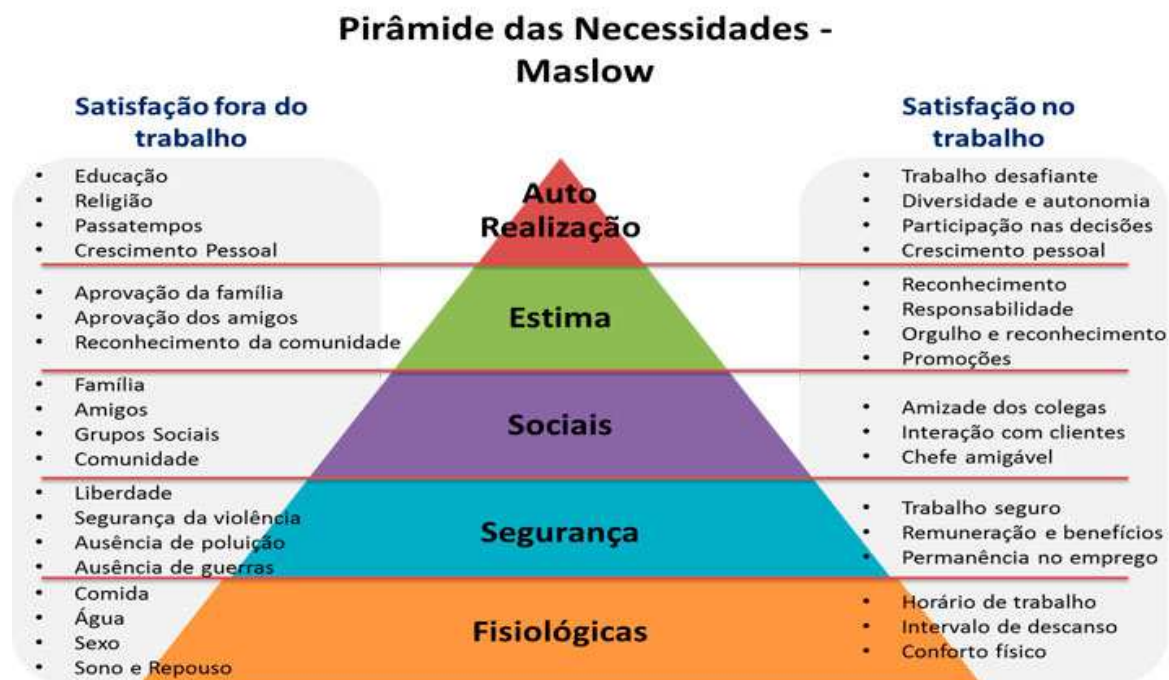
O jovem que cultua o esporte, a cultura e os estudos é um jovem que passa a valorizar mais a saúde, a sua autoestima e o seu crescimento individual e coletivo, afastando-se, nesse ínterim dos impulsos destrutivos, das drogas e dos caracteres suicidômanos, transformando-se em melhores ferramentas na mão da sociedade para que a mesma possa atingir plenamente os seus objetivos em relação à valorização da vida através de recursos humanos mais preparados psico e organicamente para cumprir com os seus deveres de cidadão.

Caberia, inclusive, a promoção de atividades culturais, desportivas e intelectuais dentro da sociedade, por parte do Exército Brasileiro em parcerias com outras pastas do governo, estabelecendo ações conjuntas efetivas que atingiriam, inclusive outras políticas públicas.

3.4.10 Atender as necessidades de Maslow

As necessidades fisiológicas e as de segurança – necessidades primárias do ser humano – são voltadas para a conservação pessoal do indivíduo e que elas dominam a direção do comportamento da pessoa, conforme pode ser observado na figura 12 a seguir:

Figura 12 – Pirâmide das Necessidades de Maslow



Fonte: <http://jovemadministrador.com.br/consumismo-x-piramide-de-maslow-uma-outra-visao-da-teoria/>. Acesso: 10/11/2016

Assim, é essencial o comandante descobrir qual necessidade fisiológica ou de segurança que está faltando para os seus subordinados com intenções suicidas, visando verificar as causas que o está impelindo a atentar contra a sua própria existência (falta de dinheiro, alimentação), ou ainda se ele mesmo (o comandante) não é o causador de alguns desses problemas no parassuicida (por causa de arbitrariedade, decisões inconsistentes e/ou incoerentes, etc.).

As demais necessidades abordadas por Maslow não estarão no rol de importância do parassuicida, enquanto as duas anteriores (Fisiológicas e de Segurança) não tiverem sido atendidas. Partindo desse pressuposto, o comandante chegará à conclusão de que as necessidades sociais (participar de grupos de amigos, de reuniões sociais, por exemplo) não estarão sendo também, consequentemente atendidas [e é por isso que o parassuicida torna-se resistente, antagônico e às vezes hostil com relação às pessoas que o cercam – o que o levará à falta de adaptação social e à solidão (o que é ruim para quem esteja com intenções suicidógenas, ou sob essas condições)].

Da mesma forma acontece com relação às necessidades de estima, as quais também não estarão sendo procuradas pelo suicidômano, e que por isso, ele

estará com a sua estima baixa, com baixa confiança em si mesmo, achando que ninguém o aprova socialmente, e conseqüentemente se auto desvalorizando, e cada vez mais se “afundando” no seu mar de preocupações, sem encontrar saída, e nem tendo condições psíquicas para buscá-las.

Em se tratando desses aspectos, mister se faz o comandante prevenir todos esses problemas, procurando atender as necessidades “maslowianas”, e assim colaborar e prevenir contra o surgimento de militares com sintomas suicidógenos, buscando promover condições para que todos aqueles que estejam sob o seu comando atinjam as suas metas fisiológicas, de segurança, sociais, de estima, e de auto realização, pois a não observância desses fatos pode ser o estopim inicial para o desencadeamento de fatores suicidógenos.

3.4.11 Promover a socialização interna e familiar

A socialização, aspecto importante na convivência grupal – situação comum aos militares – deve ser buscada em todos os momentos possíveis pelos comandantes, haja vista que todo indivíduo busca integrar-se com outros. Assim, verifica-se uma oportunidade, na qual os comandantes podem atuar na prevenção contra o suicídio em suas fileiras, ao promoverem, a toda hora e a todo instante, nas oportunidades que lhe aparecerem, atividades que possam reunir os seus subordinados e familiares, tais como: datas festivas que possam reuni-los no quartel, comemorações de alguma vitória ou aspecto importante para a OM, concursos em que se tenha a participação familiar (o esforço em conjunto com esta, é muito importante), atividades de conagração entre oficiais, praças e servidores civis, dentre outras.

3.4.12 Avaliar o clima organizacional promovido pelo Comando

A Força Terrestre deve e pode construir mecanismos para avaliar o clima organizacional promovido pelo Comando, verificando as competências dos comandantes em todos os níveis a fim de ter ciência de que os mesmos não contribuem indireta ou diretamente para a ocorrência de suicidas no âmbito das Unidades Militares, ou seja, se esse militar que se encontra na cadeia de comando diretamente ligado ao suicídio, ao estar, de certa forma, criando no ambiente externo deste parassuicida uma atmosfera aniquiladora, limitadora, restritiva, ameaçadora

que venha estar afetando o seu desenvolvimento natural ou o seu amadurecimento como ser humano.

A liderança participativa, em detrimento da autocrática ou autoritária e até mesmo da delegativa – por ser o estilo de liderança que mais se coaduna com a necessidade cada vez maior de influenciar o comportamento humano e conduzir pessoas ao cumprimento do dever – é a que melhor permite estabelecer os vínculos de coesão, colaboração e união, pois proporciona ao líder e ao comandante “ouvir”, controlar e conhecer melhor os seus homens, bem como eles entre si.

Tais ações contribuirão para estimular a confiança, a comunicação e o diálogo, a disposição para aceitar erros do outro, afastando todos da solidão, depressão e do sentimento de inutilidade e de desinteresse que configuram como alguns dos fatores causais para futuro desencadeamento de atitudes suicidógenas.

Assim, nos tempos atuais, é de suma importância que se desenvolva a capacidade de comunicação para o exercício da liderança e, conseqüentemente, um excelente clima organizacional. Promover um ambiente de trabalho que seja agradável e salutar, no qual todos possam se ajudar mutuamente, o que facilitaria enxergar – na ótica do próximo – as suas dificuldades, aspirações, e como o mesmo está a observar o mundo exterior, tendo assim, melhores possibilidades de ajudá-lo e melhores condições de preveni-lo e defendê-lo contra atitudes suicidômanas.

3.4.13 Incentivar o acompanhamento por outros militares

A Força Terrestre deveria incentivar através da sua cadeia de comando a “adoção” de militares – particularmente alunos de escolas de formação, Cb, Sd NB e EV que se encontram longe dos seus familiares (os conhecidos “laranjeiras”) – por famílias de outros militares, os quais se tornariam seus “padrinhos”.

Tal atitude poderá contribuir para diminuir os sentimentos de solidão, que às vezes se apoderam de tais indivíduos, e conseqüentemente, desencadeariam possíveis estados de depressão, fator de risco preponderante para o suicídio.

3.4.14 Promover a participação social externa

É de extrema importância a continuidade da participação do Exército Brasileiro como “Mão Amiga” em palestras que difundam a carreira militar nas escolas públicas, empresas e universidades.

Tal participação social do EB é uma excelente forma e oportunidade de incentivar a formação do caráter sólido e responsável, bem como do capital intelectual do futuro soldado brasileiro e defensor da Pátria que procurará voltar as suas energias de jovem para o embasamento seguro e responsável em busca de maior mobilidade social para si e para a sua família em um período vindouro.

3.4.15 Padronizar ações após o fato consumado do suicídio

Após se deparar com um suicídio em sua Unidade, os comandantes, chefes e líderes não devem publicar fotografias ou bilhetes ou cartas de suicídio para o público que não tem ingerência sobre o assunto. Além disso, não devem noticiar detalhes específicos do método usado, não devem apresentar razões simplistas, não devem glorificar ou sensacionalizar o suicídio, não devem usar estereótipos socioculturais e nem devem dividir a culpa pelo ato suicida com outros.

Deve-se referir ao suicídio como fato consumado e não como bem sucedido, apresentando aos subordinados apenas os dados mais relevantes. Além disso, devem apenas realçarem as alternativas ao suicídio, publicarem indicadores de risco e sinais de aviso, fornecerem informações sobre formas de ajuda e recursos gratuitos disponíveis, como o apoio fornecido por entidades como o Centro de Valorização da Vida (CVV, 2002).

O comandante de Unidade poderá destacar um ou mais elementos para auxiliar o militar enlutado por suicídio a fim de ajudar sua família a solucionar e resolver os problemas advindos de tal ato [funeral, relatórios junto a legistas e à polícia, acionamento do seguro de vida (SFC), médicos, auxílio na organização dos pagamentos de contas, nos contatos com prestadoras de serviços e etc.].

Devem ser realizadas visitas domiciliares nas casas do militar que cometeu suicídio, com o intuito de verificar se os familiares ou o próprio parassuicida necessitam de ajuda psicológica urgente. Particularmente se for soldado ou cabo, que tem seus familiares dependentes do sistema único de saúde pública – em que os atendimentos médico e social deixam muito a desejar. Isso vale também para o sargento, subtenente ou oficial que passam por dificuldades financeiras e não têm condições de fazer frente a despesas médicas deste tipo.

Por fim, o comandante deve buscar incentivar os companheiros de farda mais próximos a se revezarem em uma “escala” de visita ao colega enlutado,

formulando atividades e ações para que o mesmo se desvencilhe o mais rápido possível do “estado e do pensamento de luto” oriundo da perda do colega suicida.

Em caso de se tratar de um enlutado por suicídio (particularmente de filhos ou cônjuges), seria oportuno avaliar a conveniência de se movimentar este militar para outra guarnição – caso seja de carreira e esteja morando em sua cidade natal e próxima a parentes e amigos mais íntimos. Manter o contato, o apoio e as visitas desses parentes e amigos é importante para que o indivíduo supere melhor as adversidades provenientes de fatos como esse.

3.4.16 Orientações diversas

Há de se atentar para o acompanhamento daqueles que já se encontram sob os cuidados psiquiátricos a fim de se evitar o abandono dos tratamentos, bem como da seriedade, sigilo, profissionalismo e confiança a serem demonstrados quando da assistência ao suicidomaníaco, pois o meio castrense pode levá-lo a uma tendência a buscar manter o seu *status quo*, por temer qualquer mudança, mesmo que seja para melhor que fosse alterar a sua vida ou provocar penosos e sofridos transtornos para si, dentro da Força.

CONCLUSÃO

Primeiramente, de forma geral, em âmbito nacional, constata-se a escassez de produção científica sobre o tema do suicídio, mesmo sendo este um grave problema de saúde pública e, portanto, um tema que merecia grande importância na agenda das políticas de saúde.

Verificou-se, ainda, que a existência de pesquisas e alternativas para o enfrentamento da questão, ofertando ideias inovadoras sobre o tema é um dado positivo. Ressalta-se, também, o fato da questão já ter sido discutida por alguns entes federativos, originando até mesmo projetos e planos, inclusive com diretrizes nacionais para o debate.

Entretanto, apesar do exposto acima e da maior incidência do ato suicida, as políticas públicas nacionais de prevenção ao suicídio ainda caminham de forma lenta, pois faltam alguns elementos políticos para a ascensão do tema à agenda de decisão, sobretudo devido a pouca mobilização e aos frágeis interesses em torno de sua perspectiva de prevenção, não sendo objeto valorizado enquanto organizador de um vetor de ação no campo da saúde.

Somam-se a isso, a falta de formação e treinamento qualificado para o atendimento de pessoas que pensam ou tentaram praticar este ato, o tabu em torno da questão, a falta de interesse político, a inexistência de empreendedores políticos, as subnotificações, o abuso de substâncias químicas, a falta de planos para a resolução destes problemas, entre outros pontos.

Todavia, em meio a esse cenário nacional desanimador, o presente trabalho constatou a eficácia de um programa de prevenção do suicídio quando temos um atendimento disponível ao diálogo e com treinamento adequado, pois ao estudar as políticas públicas e fatores relacionados ao suicídio no Exército Brasileiro, analisando as medidas preventivas adotadas dentro da Força por meio das ações da DCIPAS, verificou que a Força Terrestre tem realizado inúmeras ações efetivas para combater o suicídio dentro da Instituição, aplicando medidas preventivas e/ou profiláticas contra o suicídio, por meio do PVV (Programa de Valorização da Vida).

Assim, esse estudo possibilitou uma reflexão sobre as situações de proteção e valorização da vida que o Exército Brasileiro realiza voltada aos seus recursos humanos, envolvendo, sobretudo, os comandantes e os potenciais grupos de riscos (jovens e adultos jovens do sexo).

Com isso, com base no PVV, foram apresentados aspectos específicos e argumentos lógicos a fim de subsidiar o comando das Unidades a como proceder diante de qualquer situação propensa ao suicídio, para que possam reconhecer os fatores de risco ou relacionados ao suicídio e, de antemão, possam tomar as devidas ações para evitá-lo.

Portanto, abordando os objetivos iniciais propostos no Trabalho, verificou-se que por existir dados e estatísticas históricas significativas de suicídios dentro do Exército Brasileiro, a Força Terrestre buscou desenvolver uma Política Pública eficiente para atender essa demanda: o PVV.

Os objetivos propostos no PVV estão sendo atingidos, pois já existe uma sensibilização da Força em relação à prevenção do suicídio, mostrando que o suicídio não está limitado ao indivíduo, mas sim relacionado à sociedade como um todo. Além disso, ressalta-se o investimento na educação permanente de profissionais da saúde como outro fator fundamental para identificar um comportamento suicida dentro da Força, que o Exército já está aplicando, e que é um importante mecanismo de prevenção.

Verificou-se, portanto, que o Exército Brasileiro, por meio da DCIPAS, vem se posicionando fortemente em fomento às ações preventivas de suicídios, colocando-se como uma das principais instituições articuladoras no âmbito nacional de diretrizes na área de saúde mental para esse fim, já que o PVV, apesar recente e ainda em implantação, o que dificulta a uma avaliação efetiva de seu desempenho, possui caráter objetivo no combate à mortalidade voluntária, de modo que facilitará o monitoramento de resultados positivos ou negativo.

Entretanto, como sugestão ao PVV, deveria haver melhorias nos sistemas de informação sobre o suicídio e a promoção do intercâmbio dessas informações, pois houve certa dificuldade em se conseguir dados e fontes junto à DCIPAS. Além disso, ficou evidente a necessidade de implementar ações que visem promover uma formação profissional voltada para a integralidade e a humanização, pois ainda existem comandantes que não tratam o assunto com a devida atenção que merece e que, ainda, pouco escutam as necessidades de seus subordinados.

Já em relação às políticas públicas voltadas ao suicídio em âmbito nacional, a questão necessita de mais discussão dos alguns entes federativos, originando projetos e planos mais eficientes, ou seja, faz-se extremamente necessário uma reformulação na área de combate ao suicídio. Necessita-se que os planejamentos

setoriais dialoguem, ou seja, que haja uma comunicação efetiva entre as Pastas do Governo, convergindo sinergias de trabalhos e projetos, os quais devem pensar a longo prazo, adotando métodos e técnicas mais sofisticados e eficazes de planejamento público estratégico de abrangência multissetorial.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

BAHLS S.C.; BOTEGA, N.J. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed;2007. p.151-71.

BERTOLETE, J.M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**. 2002;1(3):181-5.

BOTEGA, N.J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2007;29(1):7-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n1/a04v29n1.pdf>>. Acesso em: 28 Mar 2016.

BOTEGA, N.J. et al. **Suicide behavior in the community**: prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):45-53.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 31, de 14-12-2000. 27. Ed. São Paulo, 2001.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro: **Instruções Reguladoras do Programa de Valorização da Vida (PVV) no âmbito do Comando do Exército**: Portaria nº 151 – DGP, de 04 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. **Palestra da Diretoria de Civis, Inativos, Pensionistas e Assistência Social (DCIPAS) sobre o Programa de Valorização da Vida (PVV) no âmbito do Comando do Exército**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio**. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.

CABRAL, João Francisco Pereira. **Sobre o suicídio na sociologia de Èmile Durkheim.** Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/filosofia/sobre-suicidio-na-sociologia-Emile-durkheim.htm>>. Acesso em: 10 Nov 2016.

CASSORLA, Roosevelt M.S. **O que é suicídio.** São Paulo: Brasiliense, 1984.

CASTRO, Jorge Abrahão de. **Palestra apresentada na VI Semana de Administração Orçamentária, Financeira e de Contratações Públicas.** Brasília, 2015.

DAOLIO, Edilberto. **Suicídio: um alerta para uma sociedade autodestrutiva.** Saúde Coletiva, vol. 7, núm. 44, 2010, pp. 253-258. Editorial Bolina. São Paulo, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215143007>>. Acesso em: 28 Mar 2016.

DURKHEIM, Èmile. **O Suicídio.** São Paulo: Edt Martin Claret, 2002.

DYE, T.R. Policy Analysis: what governments do, why they do it, and what difference it makes. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984.

GARCIA, Sylvia Gemignani. **Aula do curso de Sociologia I.** Universidade de São Paulo/USP. Mai. 2012. (fonte oral).

GERALDELLO, Camila. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015. p.25.

INSEL, Thomas. New Findings in Obsessive-Compulsive Disorder. **American Psychiatric Press.** USA, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tábuas completas de mortalidade – 2015.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1043>. Acesso em: 28 Mar 2016.

LOPES-CARDOSO, Álvaro. **O Direito de Morrer: Suicídio e Eutanásia.** Mem Martins: Publicações Europa-América. 1986.

MELLO-SANTOS, C.; WANG, Y.P.; BERTOLOTE, J.M. **Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000):** characterization of age and gender rates of suicide. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005; 27(2):131-4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Dados sobre suicídio para diversos países.** Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso em: 28 Mar 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Multisite intervencion study on suicidal behaviours.** Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf>. Acesso em: 28 Mar 2016.

PETERS, B. G. **American Public Policy.** Chatham, EUA: Chatham House, 1996.

RIPLEY, Randall B. **Stages of the policy process.** In: Daniel C. McCool (1995). Public Policy Theories, Models, and Concepts: an anthology. Prentice Hall

SCHMITTER, Philippe C. **Reflexões sobre o conceito de política.** Curso de Introdução à Ciência Política. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982.

STENGEL, Erwin. **Suicídio e Tentativa de Suicídio.** Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1980.

VARGAS VELASQUEZ, A. V. **Notas sobre el estado y las políticas públicas.** Colombia: Almudena, 2001.