



Vidas que Salvam: Um Olhar Estratégico e Humano sobre a Saúde Mental no Corpo de Bombeiros Militar do Paraná

Lives That Save: A Strategic and Human Perspective on Mental Health in the Military Fire Department of Paraná

Anderson da Silva Brites

Resumo: O estudo analisa a saúde mental no Corpo de Bombeiros Militar do Paraná, evidenciando que o sofrimento psíquico dos profissionais está diretamente relacionado à cultura institucional do heroísmo, à exposição contínua ao trauma e às barreiras para busca de ajuda. A pesquisa demonstra que o suicídio entre militares não é um evento isolado, mas um fenômeno multidimensional, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e organizacionais. Com base em dados locais e nacionais, identifica-se que a letalidade autoprovocada representa um problema sistêmico nas forças de segurança. O trabalho propõe uma abordagem estratégica, com foco na prevenção, na mudança cultural e na implementação de práticas institucionais, como suporte entre pares, protocolos de cuidado psicológico e educação continuada, visando à preservação da vida e ao fortalecimento da capacidade operacional dos profissionais.

Palavras-chave: saúde mental; bombeiros militares; suicídio; cultura organizacional; prevenção.

Abstract: The study analyzes mental health within the Military Fire Department of Paraná, highlighting that psychological distress among professionals is directly related to the institutional culture of heroism, continuous exposure to trauma, and barriers to seeking help. The research demonstrates that suicide among military personnel is not an isolated event, but a multidimensional phenomenon influenced by biological, psychological, and organizational factors. Based on local and national data, it is identified that self-inflicted mortality represents a systemic problem within public security forces. The study proposes a strategic approach focused on prevention, cultural change, and the implementation of institutional practices such as peer support, psychological care protocols, and continuous education, aiming at preserving life and strengthening the operational capacity of professionals.

Keywords: mental health; military firefighters; suicide; organizational culture; prevention.

INTRODUÇÃO

O Herói Também Sangra

A farda do Corpo de Bombeiros Militar do Paraná (CBMPR) conhecidamente carrega, tanto no imaginário coletivo quanto na identidade de seus integrantes, um simbolismo de força inabalável para aqueles que a vestem. Carrega também resiliência para os que se lembram dela e esperança para os que a buscam. Além

disso, o lema “Por uma vida, todo o sacrifício” nunca foi apenas uma frase de efeito repetida inconscientemente pela corporação ao longo de tantas décadas. Ele representa o ethos que rege a conduta de toda a tropa desde os primeiros dias de formação. Por outro lado, é imperativo reconhecer que sob o Equipamento de Proteção Individual (EPI), capaz de suportar temperaturas extremas, existe um ser humano sujeito às mesmas vulnerabilidades biológicas e psíquicas que qualquer outro cidadão. E a fim de que esses profissionais recebam suporte e dignidade dentro e fora da instituição, precisamos entender melhor quem eles são, sua sobrecarga mental, e seu papel de representação e atuação social.

Historicamente, podemos arriscar dizer que desde o Império Mongol, passando pelos exércitos espartanos e soldados romanos, as instituições militares sempre focaram no condicionamento físico e na excelência técnica como pilares da sobrevivência, e esses atributos não só favoreciam a tropa no exercício de suas variadas funções, como também enobreciam a visão do militarismo e impunham respeito à instituição. Contudo, como nenhuma verdade é eterna, o cenário contemporâneo exige uma atualização desse paradigma. O ideal do militar herói claramente se faz importante num contexto de valorização do trabalho prestado, mas a perpetuação desse mito acaba colocando a saúde mental, e mesmo a vida de muitos profissionais, em risco. O “sangramento” do herói moderno nem sempre é físico ou visível em uma inspeção de saúde tradicional. Esse “sangramento” se manifesta no silêncio dos alojamentos, no aumento do consumo de álcool, nos conflitos familiares e, em casos extremos, na letalidade autoinfligida.

O presente trabalho propõe um olhar estratégico sobre a saúde mental na corporação. Partindo da premissa de que o bem-estar psicológico é um componente operacional, pode-se afirmar que um bombeiro mentalmente saudável não apenas vive melhor, mas também toma decisões mais firmes e seguras durante o atendimento à população paranaense.

O Paradoxo do Salvador: A cultura do Heroísmo e as Barreiras Invisíveis

Para que um problema seja resolvido precisamos entender onde ele começa. O problema aqui colocado em foco, pode não ser tão objetivo, mas o imaginário popular sobre a ação do Bombeiro Militar pode nos dar algumas pistas de por onde começar. Nosso primeiro passo se dá na esfera conceitual: O conceito de “Paradoxo do Salvador” refere-se à contradição inerente à identidade do profissional de emergência. Nesse contexto, aquele profissional treinado exaustivamente para salvar o outro, muitas vezes, perde a capacidade de salvar a si mesmo. Na psicologia institucional, observa-se que a cultura do heroísmo atua como uma faca de dois gumes: se por um lado ela promove a coragem necessária para enfrentar o perigo, por outro, ela estigmatiza o sofrimento.

Pode-se observar que o estigma do homem que está acima de qualquer falha se materializa na naturalização do silêncio emocional e na expectativa tácita de o ser humano que está diariamente se doando para salvar vidas não pode ceder

à vulnerabilidade. Assim, nas últimas décadas, esse estigma passou a integrar, sorrateiramente o ethos profissional do Bombeiro Militar. Ao longo do tempo, esse fenômeno vem deixando consequências significativas na corporação. Por falta de uma assistência ativa, a dor psíquica pode ser interpretada muito frequentemente como fraqueza individual, e não como uma consequência estrutural da rotina marcada por exposição contínua aos riscos e ao sofrimento alheio. Assim, cria-se um ambiente institucional em que pedir ajuda torna-se um ato não heroico, reforçando mecanismos de negação e autocensura. O paradoxo, então, se encontra não apenas na experiência pessoal do indivíduo, mas também na própria lógica organizacional, que valoriza o sacrifício extremo enquanto negligencia o cuidado sistemático justamente com aqueles que sustentam a missão de salvar vidas.

Segundo Dejours (2018), em ambientes de trabalho de alto risco, como o do CBM-PR, os trabalhadores desenvolvem “estratégias defensivas coletivas”. No caso dos militares, a negação do medo e a supressão da angústia tornam-se regras implícitas de conduta para suportar as pressões inerentes ao cotidiano de trabalho. Como consequência, admitir vulnerabilidade é, inconscientemente, associado à incompetência profissional ou fraqueza moral. E aqui vale ressaltar que essa não é uma regra explícita e falada, nem mesmo podemos afirmar que essa é a postura padrão do Comando para lidar com seus subordinados, mas é sim um sentimento de repressão que vem sendo alimentado durante muitos anos, dentro e fora da corporação, e que agora mostra em dados alarmantes seus resultados nocivos. Para aqueles com maior entendimento do papel social do Bombeiro Militar, das falhas humanas e da importância do distanciamento entre vida pessoal e trabalho, os efeitos desse imaginário do herói são mínimos. Porém, para aqueles que se deixaram levar pelo mito da invulnerabilidade do militar, ainda se cria uma barreira invisível onde o pedido de ajuda é visto como uma falha na “armadura” do guerreiro.

Minayo (2008), ao estudar a saúde dos profissionais de segurança pública no Brasil, apontou que a rigidez hierárquica e o temor de julgamentos administrativos agravam esse isolamento. Entende-se que o militar, por fim, acaba evitando buscar o serviço de saúde mental da corporação com receio de que isso manche sua ficha funcional. Ou ainda mais grave, que resulte na retirada do porte de arma ou prejudique promoções futuras. O resultado é o que a psicologia chama de “alexitimia situacional”, que trata da incapacidade de verbalizar emoções, transformando a dor psíquica em sintomas psicossomáticos ou comportamentos de risco.

Nesse cenário, a alexitimia não deve ser vista somente como uma condição individual, mas como um efeito direto de práticas institucionais que desencorajam a expressão emocional e reforçam uma lógica insustentável e extremamente desumana da performance permanente. A psicologia assume a impossibilidade de nomear o sofrimento como um fator que compromete não apenas a saúde mental do militar, mas também sua capacidade de estabelecer vínculos, reconhecer limites e elaborar experiências traumáticas. Como consequência, pode-se inferir que o sofrimento psíquico tende a emergir de forma deslocada, seja por meio de adoecimentos físicos recorrentes, abuso de substâncias, irritabilidade constante ou condutas autodestrutivas. Assim, o silêncio emocional imposto pela cultura organizacional

não elimina a dor, mas apenas a desloca para formas mais silenciosas, crônicas e, muitas vezes, mais perigosas.

O Problema Real: A saúde Mental como Pilar Operacional

Na cultura militar, o condicionamento físico é sagrado. Para aqueles que desejam fazer parte do Corpo de Bombeiros, e também ascender em sua hierarquia, o Teste de Aptidão Física (TAF) é o parâmetro objetivo que diz se o bombeiro está apto ou não para a missão inerente à carreira. No entanto, ignora-se frequentemente que a parte do corpo mais exigida em uma ocorrência de alto risco não são os bíceps ou o quadríceps, mas sim um órgão que precisa ser exercitado tal qual um músculo, o cérebro. Por isso, deve-se observar a saúde mental institucionalmente, não como uma questão subjetiva de sentimentos ou de fragilidade individual, mas como um requisito operacional tão indispensável quanto a resistência cardiorrespiratória ou a força muscular.

Em situações de emergência, é o cérebro que coordena a tomada rápida de decisões. É justamente dele que emana o controle do medo em situações de alto risco, a leitura do ambiente e a capacidade de agir sob pressão extrema. Assim, negligenciar seu preparo significa comprometer a própria eficácia da ação profissional. Deve-se notar que, assim como o condicionamento físico é treinado e reavaliado periodicamente, a saúde mental deveria também ser integrada aos protocolos institucionais de forma contínua e preventiva, como o treinamento físico, reconhecendo que não há prontidão plena sem equilíbrio psíquico.

É necessário enfatizar, ainda, que tais dados não se baseiam em crenças populares ou achismos. A própria neurociência explica que o corpo humano sofre uma descarga maciça de cortisol e adrenalina quando sob estresse extremo. Essa é a descarga que segue, por exemplo, uma ocorrência em um incêndio estrutural complexo ou em um resgate veicular com múltiplas vítimas. Como descrito por Grossman (2009), tenente-coronel e pesquisador da psicologia do combate, quando a frequência cardíaca ultrapassa certos limites induzidos pelo medo ou tensão (acima de 175 bpm), inicia-se um fenômeno de deterioração cognitiva. O militar pode entrar em “visão de túnel” (quando objetos não podem ser claramente vistos a não ser que estejam posicionados bem no centro da visão), perder a audição periférica e mesmo a coordenação motora fina.

Se o aparelho psíquico do bombeiro já estiver comprometido por ansiedade crônica, depressão não tratada ou burnout (esgotamento profissional), sua capacidade de processar informações rápidas diminui drasticamente. Benevides-Pereira (2002) também alerta que o esgotamento do bombeiro não afeta apenas seu humor, como alguns podem imaginar, mas a competência executiva por completo. Um bombeiro fisicamente forte, mas mentalmente exaurido, torna-se, portanto, um elo frágil na guarnição, propenso a cometer erros de julgamento que podem custar a própria vida, a de seus pares ou a das vítimas que dependem dele.

Portanto, compreende-se que equiparar a saúde mental ao condicionamento físico significa entender que a resiliência psicológica é treinável e exige manutenção

contínua, acompanhamento especializado e espaços legítimos de cuidado dentro da própria instituição Corpo de Bombeiros Militar do Paraná. Tal mudança de perspectiva em como lidar com o tema, por mais simples que possa parecer, eleva a saúde mental do campo do imprevisto ou da intervenção emergencial para o âmbito da prevenção estratégica. Assim, rompendo com a lógica de que o sofrimento só merece atenção quando já se tornou incapacitante, evitam-se incidentes causados pelos problemas discutidos. Como consequência positiva, ao reconhecer que a resiliência não é um dom inato, mas sim uma competência desenvolvida ao longo de, talvez, anos, a corporação fortalece não apenas o indivíduo, mas a própria missão coletiva, garantindo profissionais mais preparados para salvar vidas sem, paradoxalmente, sacrificar a própria.

Por isso, podemos dizer que, assim como uma viatura precisa de revisão, a mente do operador de segurança pública também exige protocolos de descompressão e cuidado preventivo para manter sua funcionalidade tática.

Objetivo do Estudo: Diagnóstico Baseado em Dados e Propostas de Intervenção

Diante da complexidade do problema exposto, este estudo tem por objetivo central estabelecer um diagnóstico situacional da saúde mental na Instituição Bombeiro Militar do Paraná, fugindo de percepções anedóticas para se firmar em evidências concretas. A metodologia adotada consiste em uma análise comparativa crítica entre a realidade local e o cenário nacional.

Para tanto, serão confrontados os dados qualitativos e quantitativos específicos do Paraná — extraídos de pesquisas desenvolvidas no âmbito da Academia Policial Militar do Guatupê (APMG) — com os indicadores agregados nacionais apresentados no Boletim 2024 do Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPES). Essa triangulação de dados visa identificar se os fatores estressores e os índices de letalidade no CBMPR apresentam características puramente regionais que demandam abordagens mais específicas, ou se, na verdade, seguem uma tendência sistêmica e geral das forças de segurança brasileiras.

Por fim, este estudo possui caráter eminentemente propositivo. Não basta diagnosticar a “patologia institucional”. É preciso prescrever caminhos para a cura. Assim, busca-se identificar práticas exitosas de prevenção e cuidado posterior em corporações internacionais (EUA, Canadá e Europa) para desenhar um plano de intervenção viável e adaptável à realidade administrativa e cultural do Corpo de Bombeiros Militar do Paraná, visando a redução de danos e a preservação da vida de seus integrantes.

REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão do sofrimento psíquico e da letalidade autoprovocada nas instituições de segurança pública exige um arcabouço teórico que transcende a visão biomédica tradicional. O suicídio, quando ocorre dentro de uma corporação militar, não deve ser interpretado como um evento isolado ou fruto exclusivo de uma patologia individual, mas sim como o desfecho trágico de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e, fundamentalmente, organizacionais.

Para sustentar a análise proposta neste estudo, este capítulo revisa a literatura especializada buscando primeiramente a definição do fenômeno suicida sob a ótica da Psicopatologia e da Suicidologia, apoiando-se em Dalgalarondo (2019) e nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022). Estas fontes rechaçam explicativas simplificadas demais e entendem a saúde mental como um estado dinâmico de bem-estar e funcionalidade, e não apenas a ausência de doença.

Em segundo, discute-se a natureza do trabalho do bombeiro militar como um fator de risco inerente. A literatura sobre estresse operacional e fisiologia do combate, representada por Grossman e Christensen (2009) e Walker (2018), oferece ferramentas para compreender como a exposição cumulativa ao trauma e a privação de sono corroem a resiliência cognitiva do militar. Essa análise é complementada pela visão da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (2018), que traz luz sobre como estratégias defensivas coletivas podem, paradoxalmente, silenciar o pedido de ajuda do indivíduo.

Por fim, abordam-se as especificidades da cultura institucional brasileira. As contribuições de Minayo (2008) sobre a saúde dos profissionais de segurança pública são fundamentais para entender como a hierarquia, a rigidez disciplinar e o estigma da “fraqueza” criam barreiras invisíveis. Esta revisão teórica visa, portanto, não apenas conceituar a doença, mas situar o “herói” em seu contexto humano e laboral, pavimentando o caminho para as propostas de intervenção que serão discutidas posteriormente.

A Multidimensionalidade do Fenômeno Suicida

Para abordar a letalidade autoprovocada dentro de uma instituição de segurança pública, é premissa básica superar o reducionismo que associa o suicídio a uma fraqueza moral ou a um evento de causalidade única. A literatura científica contemporânea é unânime em classificar o comportamento suicida como um fenômeno multideterminado. Conforme diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Conselho Federal de Medicina (ABP; CFM, 2014), não se deve buscar um “culpado” ou um motivo isolado para o ato, mas sim compreender a convergência de fatores de risco que se sobrepõem.

Adota-se, portanto, o Modelo Biopsicossocial, que interpreta o suicídio como a resultante complexa da interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Os fatores biológicos incluem predisposições genéticas e alterações neuroquímicas (como a desregulação de serotonina); os fatores psicológicos

envolvem traços de personalidade, rigidez cognitiva e transtornos mentais (diagnosticados ou não); e por último, os fatores socioculturais compreendem o ambiente de trabalho, o isolamento social e o acesso a meios letais.

Nesse contexto, Edwin Shneidman (1993), pioneiro na suicidologia moderna, introduziu um conceito fundamental para a compreensão da “lógica” do suicida: o *Psychache*. Segundo o autor, o ato extremo não nasce necessariamente de um desejo de morte, mas de uma necessidade imperativa de cessar uma dor psicológica insuportável. O indivíduo, em um estado de constrição cognitiva (visão de túnel), percebe o suicídio não como uma escolha, mas como a única solução disponível para interromper o sofrimento.

Dalgalarondo (2019) complementa essa visão ao descrever o comportamento suicida não como um evento pontual, mas como um espectro ou processo gradativo — que vai da ideação passiva, passa pelo planejamento e culmina no ato. O autor destaca ainda a ambivalência presente na maioria dos casos: o sujeito vivencia, simultaneamente, o desejo de fugir da dor e o desejo de viver, caso essa dor pudesse ser mitigada de outra forma. Compreender essa ambivalência é crucial para a prevenção, pois é nela que reside a oportunidade de intervenção institucional.

Cultura Organizacional, Masculinidade e Silêncio

Para entender a saúde mental no contexto bombeiro militar não podemos nos restringir aos aspectos biológicos ou psíquicos individuais. É preciso ir além disso e compreender a cultura organizacional onde este sujeito está inserido. A instituição militar, regida pelos pilares da hierarquia e disciplina, historicamente constrói sua identidade sobre valores de robustez, virilidade e abnegação. Conforme observa Minayo (2008) em seus estudos sobre a saúde dos profissionais de segurança pública no Brasil, espera-se do militar uma “courage” emocional, forjando-se o estereótipo do herói inabalável, para quem a dor e o medo são sentimentos a serem extirpados, e não processados.

Essa exigência tácita de invulnerabilidade encontra explicação na Psicodinâmica do Trabalho. Dejours (2018) postula que, em profissões de alto risco, os trabalhadores desenvolvem “estratégias defensivas coletivas” para suportar a carga psíquica da atividade. No caso dos bombeiros, a exaltação da coragem e o humor negro diante da tragédia funcionam como mecanismos de proteção para não sucumbir ao horror do cotidiano. O grupo cria um pacto de silêncio: para pertencer, é preciso mostrar-se forte.

No entanto, essa dinâmica cobra um preço alto. Ao associar o sofrimento psíquico à fraqueza feminina ou à incompetência profissional, a cultura organizacional ergue barreiras invisíveis para o cuidado. O militar que adoecer sente-se duplamente vitimado: pela dor da patologia e pela vergonha de ter “falhado” perante seus pares e superiores. O silêncio, portanto, não é apenas uma escolha pessoal, mas uma imposição cultural que transforma o pedido de ajuda em um tabu, empurrando o sofrimento para a clandestinidade e aumentando o risco de desfechos fatais.

Estratégias de Prevenção e Posvenção em Instituições Hierarquizadas

Reconhecida a complexidade do fenômeno suicida e os entraves culturais impostos pela estrutura militar, torna-se imperativo adotar estratégias de enfrentamento baseadas em evidências. A literatura em saúde pública, consubstanciada pelo manual de prevenção do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), preconiza que as intervenções não devem se restringir ao tratamento clínico do indivíduo adoecido (prevenção indicada), mas devem abarcar mudanças no ambiente e na cultura organizacional (prevenção universal e seletiva).

Em corporações hierarquizadas, onde o fluxo de comunicação vertical muitas vezes falha devido ao medo de punições, os modelos horizontais de suporte ganham destaque. A *International Association of Fire Fighters* (IAFF, 2018) defende a implementação de programas de Suporte de Pares (*Peer Support*), fundamentados na premissa de que a identificação e a confiança entre “iguais” facilitam a quebra do silêncio. Neste modelo, a intervenção precoce é feita dentro da própria guarnição, antes que o sofrimento evolua para uma crise irreversível.

Paralelamente à prevenção, a gestão da saúde mental exige protocolos robustos de Posvenção — termo cunhado por Shneidman (1993) para designar o cuidado ofertado aos sobreviventes enlutados após um suicídio consumado. Em um ambiente de forte coesão como o corpo de bombeiros, a morte de um integrante gera um impacto traumático coletivo que, se não tratado, pode desencadear novos casos (efeito contágio).

Por fim, é necessário introduzir a perspectiva do Crescimento Pós-Traumático. Tedeschi e Calhoun (2004) argumentam que, embora o trauma seja doloroso, ele não é necessariamente uma sentença de destruição vitalícia. Com o suporte institucional adequado e o processamento cognitivo correto das experiências dolorosas, é possível que o militar não apenas se recupere, mas desenvolva novas capacidades de resiliência e apreciação pela vida, transformando a vivência do luto e do estresse em maturidade psicológica.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS: ALÉM DA TRISTEZA

Antes de nos debruçarmos sobre as estatísticas e comparativos, é imperativo estabelecer um alinhamento conceitual. No ambiente de caserna, historicamente marcado pelo pragmatismo, corre-se o risco de simplificar o sofrimento psíquico, reduzindo-o a categorias morais como “fraqueza de caráter”, “falta de fé” ou apenas uma “tristeza profunda”. No entanto, a ciência moderna nos mostra que a saúde mental — e, por extensão, o comportamento suicida — é um fenômeno muito mais complexo, que não pode ser explicado por uma única causa.

Para compreender o que leva um militar, treinado para a sobrevivência, a atentar contra a própria vida, precisamos abandonar o julgamento moral e adotar a lente da psicopatologia. O suicídio e os transtornos mentais não são escolhas

racionais baseadas apenas em estar triste; são, frequentemente, o resultado de uma colisão de fatores biológicos (genética, neuroquímica), psicológicos (traumas, recursos de enfrentamento) e sociais (ambiente de trabalho, suporte familiar).

Nesta seção, exploraremos as definições técnicas que sustentam as políticas de saúde pública globais, desmistificando a ideia de que a doença mental é visível a olho nu. Assim como uma hemorragia interna pode ser fatal sem que haja sangue na farda, o colapso psíquico pode ocorrer silenciosamente em indivíduos que, exteriormente, parecem estar em plena forma operacional.

Definição Atual de Saúde Mental (OMS)

Por muito tempo, vigorou o entendimento binário de que saúde era meramente o oposto de doença. Se o militar não estava baixado na enfermaria ou com um atestado psiquiátrico, era considerado “saúdável”. Contudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) rompeu com essa lógica reducionista. Atualmente, a saúde mental é definida como, “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estressores normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2022).

Esta definição traz três implicações cruciais para a instituição Bombeiro Militar. Primeiramente, que saúde mental não é apenas ausência de transtorno: um bombeiro pode não ter um diagnóstico de depressão ou transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e, ainda assim, não ter boa saúde mental. Ele pode estar em burnout, apático, irritado ou operando no “automático”. Saúde mental implica funcionalidade e vitalidade, não apenas a inexistência de um CID (Código Internacional de Doenças). Em segundo lugar, a definição de coping menciona lidar com “estressores normais”. No entanto, a rotina do bombeiro envolve estressores anormais e críticos (morte, risco iminente, catástrofes). Portanto, para este profissional, a saúde mental exige uma “reserva técnica” de resiliência superior à média populacional. Por último, sobre produtividade e contribuição: a saúde psíquica está diretamente ligada à performance. O bem-estar não é um “luxo” pessoal, mas sim o que permite ao militar servir à sociedade paranaense com excelência.

Assim, promover saúde mental na corporação não é apenas evitar que o militar se suicide, o extremo da doença, mas garantir que ele tenha recursos emocionais para suportar a carga da farda sem se desumanizar ou adoecer silenciosamente.

O Fenômeno do Suicídio: Uma Perspectiva Multicausal

O suicídio é, talvez, o fenômeno mais complexo e desafiador para a saúde pública mundial. Para abordá-lo dentro da caserna, é preciso despi-lo de interpretações religiosas ou morais e encará-lo sob a ótica da suicidologia. Tecnicamente, o suicídio não é um ato isolado ou repentino, mas o desfecho trágico de um processo de estreitamento cognitivo.

Edwin Shneidman, considerado o pai da suicidologia moderna, definiu o suicídio não como um movimento em direção à morte, mas como uma fuga de uma dor psicológica insuportável, a qual ele denominou de Psychache. O indivíduo em

crise não quer, necessariamente, deixar de viver; ele quer desesperadamente fazer parar a dor que sente. Como um bombeiro encurralado pelo fogo em um edifício, a vítima vê no salto fatal não uma escolha livre, mas a única saída aparente para cessar o sofrimento.

Outro conceito vital além dos já mencionados é a ambivalência. A maioria das pessoas que pensam em suicídio oscila até o último momento entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Existe uma luta interna. É precisamente nesse aspecto que a prevenção atua. Se a instituição oferecer uma mão estendida confiável nesse momento de dúvida, o fiel da balança pode pender para a vida.

Portanto, o suicídio é uma solução definitiva e irreversível para um problema que, na maioria das vezes, é temporário e tratável. Entendê-lo como uma crise de saúde, e não de caráter, é a chave para desmontar o gatilho.

Fatores de Risco Específicos do Bombeiro Militar

Enquanto a população geral lida com estresses cotidianos (trânsito, contas, prazos, problemas), o Bombeiro Militar opera em um espectro de realidade distinto. A literatura especializada identifica uma “tríade de risco” que torna essa categoria profissional particularmente vulnerável ao adoecimento mental e, conseqüentemente, ao suicídio.

São os seguintes:

a) O Trauma Vicário (exposição cumulativa ao trauma): Diferente do que retratado no cinema, o dano psíquico nem sempre vem de um único evento catastrófico que muda a trajetória da vida. Frequentemente, o inimigo é o estresse cumulativo do dia a dia. O bombeiro é a testemunha ocular da tragédia humana o tempo todo: acidentes com mutilação, a dor de familiares em luto, o resgate de crianças e a convivência com a morte violenta. A psicologia chama isso de trauma vicário ou traumatização secundária. Cada ocorrência atendida deixa um resíduo emocional. Se não houver processamento e decompressão, esse “lixo psíquico” se acumula, erodindo a capacidade de sentir prazer na vida e criando uma “casca” de cinismo e apatia.

b) Privação de Sono e Ritmo Circadiano: A escala de serviço operacional (seja 24x48, 24x72 ou outras) impõe um desafio biológico bastante severo. O ser humano é diurno; forçar o corpo a estar alerta de madrugada, sob a adrenalina de um alarme que toca subitamente, desregula o eixo hormonal HPA (Hipotálamo-Pituitária-Adrenal). Estudos de medicina do sono indicam que a privação crônica de sono não causa apenas cansaço físico, mas desregulação emocional grave. A falta de sono REM (fase onde o cérebro processa emoções) aumenta a impulsividade e a irritabilidade, diminuindo o limiar de tolerância à frustração – um fator de risco direto para o comportamento suicida.

c) A cultura do “não sinta”: Talvez seja o fator mais perigoso seja a cultura organizacional que mascara sentimentos. A hierarquia e a disciplina, pilares fundamentais da eficiência militar, muitas vezes são mal interpretados como a necessidade de suprimir ao máximo a humanidade do militar. Existe um medo real

e disseminado na tropa de que buscar a Seção de Assistência Social (SAS) ou o psicólogo da corporação resulte em perda do porte de arma (visto como castração da identidade policial/militar); estigma de “problemático” ou “fraco” perante os pares e superiores; e até mesmo prejuízo na progressão da carreira (promoções). Esse receio faz com que o bombeiro sofra calado até o ponto de ruptura, quando a intervenção se torna muito mais difícil.

Fonte A – O Cenário Local: A Letalidade na Cultura Militar Paranaense

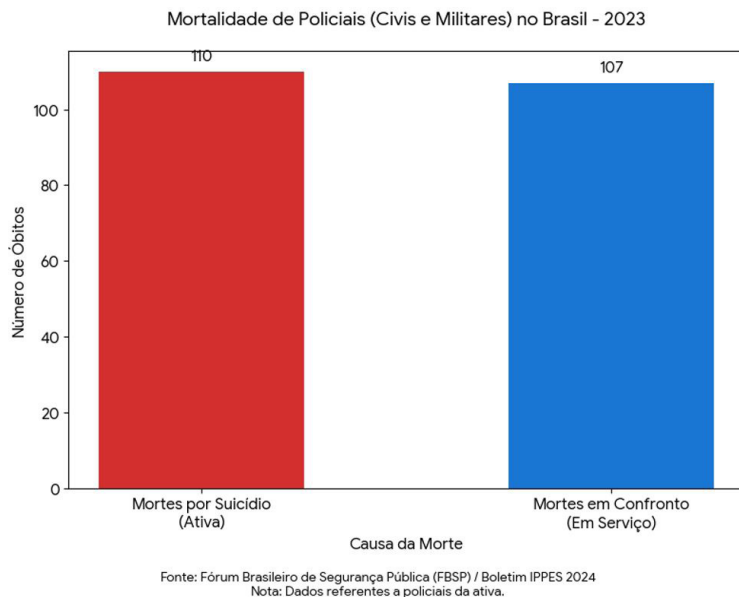
O artigo “O Suicídio entre Policiais Militares na Polícia Militar do Paraná”, referência central para entender a realidade local, oferece um diagnóstico qualitativo e quantitativo que se estende ao Corpo de Bombeiros Militar do Paraná (CBMPR), dada a raiz histórica comum e o compartilhamento de estruturas de saúde (Hospital da Polícia Militar) e previdência.

A pesquisa destaca que a incidência de suicídio na corporação paranaense não é um evento aleatório, mas apresenta padrões claros. O dado mais substancial extraído do cenário local é a prevalência absoluta do uso de arma de fogo. Diferente da população civil, onde métodos como enforcamento ou intoxicação exógena são comuns, a arma de fogo é utilizada na vasta maioria dos casos consumados entre os militares. Isso eleva a taxa de letalidade a níveis críticos, pois enquanto uma tentativa por intoxicação oferece margem de tempo para socorro, o disparo de arma de fogo é imediato e irreversível. O estudo aponta também uma correlação entre o ato extremo e processos administrativos disciplinares (PADs), endividamento financeiro agudo e conflitos no casamento. A farda funciona como uma segunda pele e quando o militar sente que sua honra ou estabilidade funcional estão ameaçadas, a crise de identidade se agrava, levando ao ato de auto violência.

Fonte B – O Cenário Nacional (Boletim IPPES 2024)

Ao expandirmos a lente para o Brasil através do boletim IPPES 2024, os números confirmam que o fenômeno observado no Paraná é parte de uma epidemia silenciosa nas forças de segurança. Os dados agregados são contundentes e derrubam o mito de que o maior risco da profissão é o confronto com o crime ou o fogo.

Talvez o dado mais impactante do relatório seja a comparação das causas de mortalidade, pensando em suicídio e morte em serviço. Em diversos recortes anuais analisados pelo IPPES e cruzados com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, o número de policiais e bombeiros que tiram a própria vida supera o número de mortes em confronto ou serviço operacional.



Estatisticamente, em anos de paz, o militar corre mais risco de morrer pelas próprias mãos do que pela ação de terceiros. Isso classifica o suicídio não como uma tragédia pessoal isolada, mas como a principal causa de mortalidade não natural e evitável na tropa.

O Boletim 2024 reforça a tendência local: cerca de 80% a 85% dos suicídios de profissionais de segurança pública no Brasil são cometidos com arma de fogo. A disponibilidade de meio letal 24 horas por dia muitas vezes transforma a impulsividade momentânea em morte. Um momento de desespero que, em um civil, passaria ou resultaria em uma tentativa de baixa letalidade, no militar armado resulta em óbito instantaneamente.

Os dados apontam maior incidência entre Praças (Soldados, Cabos e Sargentos) e na faixa etária laborativa plena (30 a 49 anos). Isso sugere que a pressão hierárquica, somada à carga operacional e às dificuldades socioeconômicas da base da pirâmide, são vetores de risco que não podem ser ignorados.

Síntese Comparativa e Conclusão da Seção

Ao sobrepor as conclusões da APMG (Fonte A) com os dados do IPPES (Fonte B), chegamos então a três conclusões estruturais para o CBMPR. Entendemos que o problema é sistêmico: os dados do Paraná não são apenas “pontos fora da curva”. Eles espelham fielmente a crise nacional, indicando que as causas não são apenas fenômenos locais, mas falhas no modelo de gestão de saúde da segurança pública brasileira e sua estrutura. Devido ao acesso à arma, compreende-se também que a janela de intervenção é curta e a instituição não tem o privilégio de esperar o militar pedir ajuda. A intervenção precisa ser preventiva e proativa. O IPPES alerta

que, para cada morte, existem dezenas de tentativas não notificadas e centenas de casos de ideação suicida. O que vemos nas estatísticas oficiais é apenas a “ponta do iceberg” de um sofrimento massivo e invisibilizado pelo medo do estigma. As subnotificações são um problema grave dentro dessa questão.

O QUE O MUNDO ESTÁ FAZENDO?

Diante da universalidade do trauma na profissão de bombeiro, corporações ao redor do globo têm abandonado a postura reativa (esperar o colapso) em favor de estratégias proativas e sistemáticas. A análise de modelos implementados nos Estados Unidos, Canadá e Europa revela que a gestão moderna de segurança pública trata a saúde mental através de protocolos padronizados, assim como se faz com o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) ou o Combate a Incêndio.

Abaixo, detalhamos três pilares de sucesso internacional que possuem respaldo estatístico e viabilidade de aplicação.

Quebrando o Silêncio: O Modelo de *Peer Support* (Apoio de Pares)

Nos Estados Unidos e Canadá, a *International Association of Fire Fighters* (IAFF) consolidou o programa de *Peer Support*. Como mencionado de forma breve anteriormente, a premissa do programa segue uma linha antropológica: bombeiros confiam em outros bombeiros. Em um ambiente fechado e desconfiado de “civis” (incluindo psicólogos externos que não conhecem a realidade da rua), o colega de farda é a linha de defesa mais confiável e a que vem primeiro.

- Como funciona: Bombeiros experientes e respeitados pela tropa são selecionados e treinados não para serem terapeutas, mas para serem “pontes”. Eles aprendem a identificar sinais sutis de mudança de comportamento (isolamento, aumento do consumo de álcool, agressividade) e possuem ferramentas para abordar o colega de forma não invasiva, encaminhando-o para o tratamento profissional quando necessário.
- Dados de Eficácia: Estudos sobre programas de pares no Canadá (como o *Operational Stress Injury Social Support*) indicam que a intervenção por um igual reduz drasticamente a barreira do estigma. Pesquisas apontam que militares são três vezes mais propensos a aceitar ajuda quando a sugestão vem de um par treinado do que quando vem de uma ordem superior ou de um serviço de saúde passivo.

Intervenção Imediata: Protocolos de *Defusing* e *Debriefing* (CISM)

Na Europa e na América do Norte, o gerenciamento do estresse pós-incidente crítico (CISM - *Critical Incident Stress Management*) é norma operacional padrão (SOP). A lógica é: não se deixa uma guarnição ir para casa com o trauma ainda “fresco” e sem algum nível de processamento ali. São duas técnicas vitais principais:

1. **Defusing:** Ocorre logo após a ocorrência, ainda no quartel, antes do fim do turno. É uma conversa curta (20-30 minutos), guiada, para “baixar a poeira”, garantir que todos estão bem fisicamente e normalizar as reações agudas.
2. **Debriefing:** Ocorre entre 24h e 72h após um evento de grande magnitude (ex: morte de colega, múltiplas vítimas infantis). É uma reunião estruturada conduzida por profissionais de saúde mental e pares, visando processar o evento cognitivamente.

Um estudo clássico de Campfield & Hills (2001) demonstrou que a aplicação correta do *Debriefing* pode reduzir significativamente a incidência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) a longo prazo, transformando a memória traumática em memória narrativa, o que impede que o cérebro fique “preso” no evento. Isso mostra impacto significativo nos números.

Prevenção na Base: O Programa R2MR (Canadá)

As Forças Armadas Canadenses e diversos departamentos de polícia desenvolveram o programa *Road to Mental Readiness* (R2MR), ou “Caminho para a Prontidão Mental”. A inovação aqui é tratar a saúde mental na Academia de Formação, antes que o cadete ou soldado veja o primeiro cadáver. Em vez de “doente vs. saudável”, o programa ensina os militares a monitorarem sua própria saúde mental através de um código de cores (Verde, Amarelo, Laranja, Vermelho). O recruta aprende técnicas de regulação táctica da respiração, visualização e reestruturação cognitiva para usar já durante a ocorrência.

Dados publicados por Carleton *et al.* (2018) sobre a aplicação do R2MR mostraram um aumento significativo na resiliência reportada pelos próprios militares e uma redução no estigma relacionado à busca de ajuda.

PROPOSTAS: APLICANDO NO CBMPR

Diagnosticar a gravidade do problema (Seção 3) e conhecer as soluções globais (Seção 4) nos leva ao ponto principal da ação. O suicídio e o adoecimento mental na corporação não são fatalidades inevitáveis; são riscos mitigáveis. No entanto, a aplicação de modelos estrangeiros exige uma adaptação à realidade administrativa paranaense.

Abaixo, apresentamos três eixos de intervenção que não exigem necessariamente grandes aportes financeiros, mas sim uma mudança de paradigma nos processos internos e na cultura organizacional.

Fortalecimento do SAS/FASPM

O maior obstáculo identificado nas pesquisas locais (APMG) é o medo do militar de sofrer sanções administrativas ao buscar ajuda. Para romper essa barreira, propõe-se a reestruturação do fluxo de atendimento no SAS (Seção de Assistência Social) e FASPM.

- **A Proposta:** Criação do protocolo de “Porto Seguro”. Neste modelo, o atendimento psicológico preventivo (sem internação) deve ser desvinculado da ficha funcional disciplinar e do acesso direto das chefias imediatas.
- **A Lógica Operacional:** Um bombeiro que busca terapia voluntariamente para tratar ansiedade ou crises familiares antes de cometer um erro operacional não deve ter sua arma recolhida automaticamente, a menos que haja risco iminente avaliado por junta médica especializada. A retirada da arma deve ser critério clínico, não punitivo.
- **O Ganho:** Quando o militar sabe que pode falar sobre suas dores sem que isso “suje” sua carreira ou o desabone perante o Comandante do Pelotão, a procura pelo serviço aumenta exponencialmente, permitindo o tratamento precoce.

Educação Continuada: Da Palestra à Vivência (Psicoeducação)

O modelo atual, muitas vezes focado em palestras esporádicas (como no “Setembro Amarelo”), tem alcance limitado. A proposta é inserir a higiene mental como disciplina curricular e instrução contínua.

- **Na Formação (CFC/CFS/CFO):** Inclusão de carga horária obrigatória sobre “Gestão do Estresse em Ocorrências Críticas” e “Primeiros Socorros Psicológicos”. O cadete e o soldado devem aprender a identificar em si mesmos os sinais fisiológicos do colapso (insônia, taquicardia em repouso, anedonia).
- **Na Tropa (Simulados):** Assim como treinamos resgate vertical ou combate a incêndio, é necessário realizar role-plays (simulações) de abordagem a suicidas e de comunicação de más notícias. A competência emocional deve ser treinada e avaliada, retirando o caráter subjetivo e tornando-a uma habilidade técnica.

Rede de Proteção: O Projeto “Guardiões da Vida”

Inspirado no Peer Support canadense, propõe-se a criação de uma rede de voluntários internos no CBMPR, focada nos elos de liderança intermediária (Cabos, Sargentos e Tenentes), que são os que convivem diariamente com a tropa.

- **O “Guardião”:** Não é um psicólogo, nem um “dedo-duro”. É um militar treinado para exercer a escuta ativa e identificar sinais de alerta (o “sinal de fumaça” antes do fogo). Ele atua como um facilitador, desmistificando a busca pelo SAS.
- **Capacitação:** Curso de 40 horas focado em identificação de risco suicida, acolhimento e encaminhamento responsável.
- **Impacto na Hierarquia:** Ao empoderar os sargentos e tenentes como agentes de saúde mental, a instituição valida o cuidado como uma responsabilidade de comando, e não apenas do setor de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, transpomos a barreira do silêncio para encarar uma realidade estatística incontornável: a saúde mental no Corpo de Bombeiros Militar do Paraná (CBMPR) não é uma questão periférica de bem-estar, mas um pilar central de segurança pública e sobrevivência institucional. Os dados comparativos entre a realidade local e o cenário nacional (IPPES) demonstraram que a letalidade autoprovocada, muitas vezes facilitada pelo acesso à arma de fogo e pelo estigma do “herói inabalável”, representa uma ameaça tão ou mais letal que os riscos operacionais inerentes à profissão.

Conclui-se, portanto, que a prevenção ao suicídio na caserna não pode ser tratada como um evento de calendário (“Setembro Amarelo”), mas deve ser incorporada como doutrina operacional.

Segurança Pública Começa em Casa

A sociedade paranaense confia sua vida e patrimônio aos bombeiros militares sob a crença de que, no pior dia de suas vidas, serão atendidos por profissionais no auge de sua capacidade técnica e humana. No entanto, um socorrista em sofrimento psíquico, com a cognição embotada pela depressão ou com a impulsividade exacerbada pela privação de sono, tem sua capacidade de julgamento e reação comprometida.

Investir na saúde mental da tropa — através da desvinculação punitiva do atendimento (Porto Seguro), da educação continuada e da rede de proteção entre pares — é, em última análise, investir na qualidade do serviço prestado ao cidadão. Cuidar de quem salva é a primeira etapa para garantir um salvamento eficaz. A higidez mental da tropa é um ativo estratégico do Estado.

A Mudança Cultural: “A Bravura Também Está em Pedir Ajuda”

O maior desafio que se impõe agora não é financeiro ou logístico, mas cultural. É necessário reescrever o contrato social implícito da caserna. A verdadeira bravura não reside na capacidade de suportar a dor em silêncio até o colapso, mas na coragem de reconhecer a própria humanidade e buscar suporte antes que a carga se torne insuportável.

O “Espírito de Corpo”, valor tão caro à vida militar, deve evoluir para significar que nenhum bombeiro será deixado para trás, nem no campo de batalha, nem na luta contra seus próprios demônios internos. Que a farda continue sendo símbolo de força, mas que por baixo dela haja permissão para ser humano. Que a mão que hoje se estende para salvar o civil, sinta-se segura para se estender pedindo ajuda ao irmão de farda. A meta é clara: nenhuma vida deve ser perdida para o silêncio.

REFERÊNCIAS

- ABP. Associação Brasileira De Psiquiatria; Conselho Federal De Medicina (CFM). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- BARRON, Shawn; KAGEE, Ashraf. The prevalence of drop-out from psychotherapy among first responders. **South African Journal of Psychology**, v. 36, n. 3, p. 532-543, 2006.
- BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARLETON, R. Nicholas *et al.* The Road to Mental Readiness (R2MR): distinctiveness, overlaps, and directions for future research. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 63, n. 8, p. 511-520, 2018.
- COSTA, Márcio; ACCIOLY JR., Hélio. **Estresse e o trabalho policial militar**. In: Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, vol. 10, n. 1. São Paulo: USP, 2007.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2018.
- EVERLY JR, George S.; MITCHELL, Jeffrey T. **Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention**. Ellicott City: Chevron Publishing, 1999.
- FÓRUM Brasileiro De Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: FBSP, 2023.
- GROSSMAN, Dave; CHRISTENSEN, Loren W. **On Combat: The Psychology and Physiology of Deadly Conflict in War and in Peace**. Illinois: PPCT Research Publications, 2009.
- IPPES. Instituto De Pesquisa, Prevenção E Estudos Em Suicídio. **Boletim IPPES 2024: Suicídio nas forças de segurança pública**. Rio de Janeiro: IPPES, 2024.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION OF FIRE FIGHTERS (IAFF). **Peer Support Training Manual**. Washington, DC: IAFF Division of Occupational Health, Safety and Medicine, 2018.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- LIMA, Renato Sérgio de; BUENO, Samira. **Para fazer política de segurança pública com evidências**. In: Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Missão Prevenir e Proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa de Prevenção de Manifestações Suicidas (PPMS)**. São Paulo: PMESP, [s.d.].

SHNEIDMAN, Edwin S. **Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior**. Northvale: Jason Aronson Inc., 1993.

SILVA, Marco Antonio da; BUENO, Helen Paola Vieira. O suicídio entre policiais militares na Polícia Militar do Paraná: esforços para prevenção. **Revista de Ciências Policiais da APMG**, São José dos Pinhais, v. 1, n. 1, p. 5–23, 2017.

TEDESCHI, Richard G.; CALHOUN, Lawrence G. **Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence**. *Psychological Inquiry*, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2004.

WALKER, Matthew. **Por que nós dormimos: A nova ciência do sono e do sonho**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022.