UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

PAULO ROGÉRIO CONCEIÇÃO VARSELY DA SILVA

POLÍCIA E SOCIEDADE: EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DESTINADOS A POLICIAIS MILITARES EXPOSTOS A EVENTOS TRAUMÁTICOS.

Brasília-DF

2018

PAULO ROGÉRIO CONCEIÇÃO VARSELY DA SILVA

POLÍCIA E SOCIEDADE: EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DESTINADOS A POLICIAIS MILITARES EXPOSTOS A EVENTOS TRAUMÁTICOS.

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Gestão Integrada da Segurança Pública, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Brasília-DF

2018

PAULO ROGÉRIO CONCEIÇÃO VARSELY DA SILVA

POLÍCIA E SOCIEDADE: EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DESTINADOS A POLICIAIS MILITARES EXPOSTOS A EVENTOS TRAUMÁTICOS.

Esta Monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Especialista em Segurança Pública e aprovada em sua forma final pelo Curso de Pós-Graduação *Latu Senso* em Gestão Integrada da Segurança Pública, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão - SC, 05 de Junho de 2018.

_____

Prof. e orientador Adriano Martendal, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

_____

Professor Giovane de Paula, MSc
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha esposa e filhos que compartilharam os bons e me fortaleceram nos maus momentos durante toda esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela saúde e perseverança para não desistir deste objetivo mesmo nas horas de maior dificuldade.

Agradeço a meus familiares que entenderam os momentos de trabalho, que se transformaram em algumas horas de ausência, tiveram extrema paciência e me dispensaram um enorme apoio para mais esta conquista.

Agradeço também aos meus professores que com seu apoio, orientações e dedicação contribuíram de maneira inquestionável para que o resultado fosse o melhor possível.

Muito Obrigado a todos!

"TUDO VALE A PENA, SE A ALMA NÃO
É PEQUENA”
(FERNANDO PESSOA)

RESUMO

A atividade policial no Brasil e no mundo é uma das mais suscetíveis ao estresse laboral. O contato diário com a violência e todas as suas consequências faz com que estes profissionais sejam expostos aos mais diferentes traumas, sejam eles físicos ou emocionais. Esta proximidade, envolvimento e comprometimento com eventos traumáticos, somada a outros fatores estressores como insatisfação com as condições de trabalho, jornadas laborais extras e problemas de ordem pessoal podem produzir distúrbios psicológicos imediatos e duradouros, trazendo inúmeras consequências para o meio social e principalmente para o profissional PM. Este trabalho de pesquisa inicia buscando identificar os transtornos mentais que permeiam o universo policial. Identificados estes transtornos busca-se verificar se a associação de dois ou mais destes males tem maior ou menor influência no estado mental do individuo. Nesta fase surge aquele que é o mais grave desfecho para uma situação de estresse em sua fase aguda, o atentado contra a própria vida. O suicídio aparece como uma triste, mas ainda pouco estudada e adequadamente tratada, realidade no meio policial. O próximo passo é identificar quais ações institucionais e governamentais estão sendo implementadas para o enfrentamento desta situação, bem como caracterizá-los e verificar sua eficiência e efetividade. Por fim passa-se a análise de todas as informações colhidas procurando estimular a reflexão sobre possíveis caminhos para a proteção psicológica destes profissionais e por consequência melhorar suas condições de trabalho, proporcionando melhoria na qualidade dos serviços de segurança pública.

Palavras-chave: Estresse policial - Transtorno de estresse pós-traumático - Programas de Apoio Psicológico.

ABSTRACT

Police activity in Brazil and in the world is one of the most susceptible to work stress. The daily contact with violence and all its consequences causes these professionals to be exposed to the most different traumas, be they physical or emotional. This proximity, involvement and commitment to traumatic events, added to other stressors such as dissatisfaction with working conditions, extra workdays and personal problems can produce immediate and lasting psychological disorders bringing numerous consequences for the social environment and especially for the professional MP. The research begins identifying the mental disorders that permeate the police universe. Once these disorders are identified it's important to verify if the association of two or more of these evils has a greater or lesser influence on the mental state of the individual. This stage is one of the most concerning situation of stress in the acute phase, the attack against its on life. Suicide appears as a sad, but still little studied and properly treated reality in the police. The next step is to identify which institutional and governmental actions are being implemented to address this situation, as well as characterize them and verify their efficiency and effectiveness. Finally, the analysis of all the information collected is performed seeking to identify possible ways for the psychological protection of these professionals and consequent improvement of their working conditions, providing an enhancement in the quality of public safety services.

Key words: Police stress - Post traumatic stress disorder - Psychological support programs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Seção II – Critérios Diagnósticos e códigos _____	17
Gráfico 1	Principais motivos de afastamento da atividade policial PMERJ_____	24
Gráfico 2	Índice de problemas Psicológicos por OPM _____	27
Gráfico 3	Índice de problemas Psicológicos por tipo de serviço ____	27
Gráfico 4	Índice de problemas Psicológicos por tempo de serviço __	27
Gráfico 5	Fatores estressores no meio Policial _____	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
APMDFESP	Associação dos Policiais Militares Portadores de Deficiência do Estado de São Paulo
BPM	Batalhão de Polícia Militar
CAPS	Centro de Atenção Psicológica e Social
CAS	Centro de Assistência Social da PM
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DAS	Diretoria de Assistência Social
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
FASPM	Fundo de Assistência à Saúde do Policial Militar
JMC	Junta Médica da Corporação
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MJ	Ministério da Justiça
NAPS	Núcleo de Atenção Psicológica e Social
PAAPM	Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial Militar do Estado de São Paulo
PM	Polícia Militar
PMAL	Polícia Militar de Alagoas
PMERJ	Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro
PMMG	Polícia Militar do Estado de Minas Gerais
PMPR	Polícia Militar do Paraná
PMSC	A Polícia Militar do Estado de Santa Catarina
PMSP	Polícia Militar do Estado de São Paulo
PROAAR	Programa de Atenção Psicossocial a Policiais e Bombeiros Envolvidos em Ocorrências de Alto Risco
PROGESP	Programa de Gerenciamento de Estresse Profissional e Pós-Traumático
REDS	Registro de Eventos de Defesa Social
RH	Recursos Humanos
SAP	Sistema de Alarme Prévio

SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UPP	Unidade de Políca Pacificadora
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14

2. DESENVOLVIMENTO 16

2.1 TRANSTORNOS MENTAIS 16

2.1.1 Transtorno Depressivo Persistente – TDP 18

2.1.2 Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT 19

2.1.2.1 Conceito 19

2.1.2.2 Critérios de Diagnóstico 21

2.1.3 Transtorno Depressivo Recorrente – TDR 22

2.1.4 Causas dos Transtornos Mentais 24

2.1.5 Estresse e Eventos Traumáticos ou Estressores 28

2.1.6 Consequências dos Transtornos Mentais 34

2.1.6.1 Consequências da Depressão 35

2.1.6.2 Consequências do Transtorno do Estresse Pós-Traumático 36

2.1.7 Comorbidade entre transtornos mentais que podem levar ao Suicídio 40

2.1.8 O suicídio no meio policial 41

2.2 PROGRAMAS DE APOIO PSICOLÓGICO NAS INSTITUIÇÕES DE POLICIA MILITAR 45

2.3 EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE APOIO PSICOLÓGICO 46

3. CONCLUSÃO 49

4. REFERÊNCIAS 52

5. APÊNDICES -

APÊNDICE A - Critérios diagnósticos para transtorno de estresse pós-traumático.- 309.81/DSM IV(1994) 57

APÊNDICE B - Transtorno de estresse pós-traumático (271) - critérios diagnósticos 309.81/DSM V (2013) _____ 59

APÊNDICE C - Distribuição de serviços de atendimento psicológico /por UF_____ 62

APÊNDICE D - Serviços de apoio psicológico para PM - por UF _____ 63

6. ANEXOS -

ANEXO A - Centro de atenção psicológica e social (caps) – PMSP_____ 64

ANEXO B - Programa de acompanhamento e apoio ao policial militar do estado de São Paulo - (PAAPM/SP) _____ 65

ANEXO C - Sistema de alarme prévio (SAP) – PMMG _____ 69

ANEXO D - Programa de atenção psicossocial a policiais e bombeiros envolvidos em ocorrências de alto risco– PROAAR/ PMPR._____ 71

ANEXO E - Programa de prevenção ao transtorno do estresse pós-traumático policia militar do estado de Alagoas – PMAL._____ 73

ANEXO F - Programa de gerenciamento de estresse profissional e pós – traumático (PROGESP)/PMSC _____ 74

ANEXO G - Programas de apoio psicológico para os policiais militares do estado do rio de janeiro _____ 76

1 **INTRODUÇÃO**

De maneira quase silenciosa e às vezes convenientemente despercebidos, os transtornos emocionais crescem em proporções alarmantes no seio de uma sociedade cada vez mais exposta e afetada pelas mazelas comportamentais e afetivas do dia a dia. Dados da Organização Mundial de Saúde dão conta de que cerca de 10% da população mundial apresenta algum tipo de doença mental.

Neste universo de quase 700 milhões de pessoas, se encontram seres humanos com as mais variadas histórias de vida, cultura, valores sociais, profissões e condição socioeconômica. Mesmo com essas diferenças algumas circunstâncias são comuns em pacientes com a saúde mental comprometida. O Livro de Recursos Humanos da OMS sobre *"Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação"* (OMS, 2005) aponta que vítimas de transtornos mentais, independentemente de quem sejam ou de onde vivam sofrem igualmente com a discriminação, violação de direitos e com restrição de sua autonomia e de sua liberdade.

No Brasil os temas relacionados à Saúde Mental ainda são restritos as vitimas e as comunidades médicas e acadêmicas. Não há uma priorização adequada que proporcione a este assunto, o debate oportuno e a busca soluções conjuntas (governo, sociedade e instituições) para este grave problema. A atenção nacional está, compreensivelmente, voltada à Política e outras questões como a da segurança pública. O curioso é que é exatamente a Segurança Pública um dos setores da sociedade que mais sente os efeitos de possuir, em seus quadros, profissionais diagnosticados com transtornos mentais.

Considerando as principais vertentes do Sistema de Segurança Pública Nacional (a preventiva, a repressiva, a investigativa e a penal) verifica-se que ao longo do tempo foram negligenciados, por parte dos gestores públicos, tanto o trato do suporte operacional quanto à gestão dos recursos humanos. Iniciativas equivocadas e muitas vezes politizadas serviram apenas para desestrurar ainda mais o já complicado modelo de segurança interna do Brasil.

Na linha de frente deste sistema estão as policias civis e militares. A natural e necessária proximidade com cidadão comum, bem como a presença no dia a dia das grandes cidades faz com que as ações destes profissionais sejam percebidas, fiscalizadas e julgadas com maior frequência e interesse, por parte da

população em geral. Ocorre que esta fiscalização e controle sociais nem sempre é acompanhada por uma estrutura de apoio em material e/ou psicológico.

Tal cenário coloca estes agentes da segurança, em particular os Policiais Militares, em situações desfavoráveis do ponto de vista emocional, que podem resultar no surgimento de transtornos mentais e levar a atitudes extremas como o suicídio.

Conhecer esta dinâmica, entender a relação de causa-efeito entre o estresse laboral e os distúrbios emocionais, identificar suas possíveis causas, prováveis consequências e verificar se existem ações para orientação, acompanhamento e tratamento são os objetivos deste trabalho.

Para tal são explorados aspectos conceituais dos transtornos mentais existentes na literatura médica e abordados estudos e trabalhos de campo, voltados a identificar as particularidades e a cultura organizacional das corporações policiais na condução deste tema.

Além disto, busca-se conhecer as ações governamentais e/ou institucionais que visem proporcionar as melhores condições de apoio, acompanhamento e tratamento de Policiais Militares com algum tipo de bloqueio /dificuldade psicológica ou expostos a situações traumáticas que excedam a capacidade de gerenciamento de crise e tomada de decisão destes profissionais.

O conhecimento dessas ações, suas características, objetivos e metodologia irão proporcionar uma análise mais segura quanto a sua eficiência e eficácia.

Observe-se que não há intenção de avaliar ou comparar os programas aqui apresentados. Tais objetivos são facultados ao leitor que pode subsidiar-se nas informações disponíveis nos documentos constantes nos anexos.

O escopo é levar a uma reflexão e, quem sabe, fomentar uma discussão mais qualitativa e eficaz no âmbito da sociedade em geral e dos foros competentes, sobre a realidade da saúde mental dos policiais militares e os possíveis riscos à sociedade, corporações e principalmente para o individuo caso um Programa de apoio e acompanhamento psicológico não cumpra os objetivos para o qual foi criado.

2 **DESENVOLVIMENTO**

2.1 TRANSTORNOS MENTAIS

Os comportamentos psicológicos considerados socialmente anormais foram vistos, ao longo dos tempos, de várias maneiras e sempre sob a influência da cultura, nível de conhecimento medicinal e da religiosidade de cada época. Na antiguidade os casos de distúrbios emocionais eram vistos como manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios. Nos séculos XIV e XV , quando a igreja exercia forte influência na sociedade, a loucura era atribuída a atividades espirituais malignas, possessões satânicas e bruxaria. Com a queda do poder da Igreja, a partir do século XVII e já sob a influência do Renascimento[1], os portadores de desequilíbrios psicológicos passam a ser tratados como doentes e são iniciadas as primeiras pesquisas sobre o assunto. Entretanto este período foi marcado pela segregação, onde pessoas identificadas com desajustes emocionais eram confinadas em locais à margem da sociedade. Surgem os primeiros manicômios.

Esta situação de confinamento e exclusão social perdurou até meados do século XX, quando a consciência social passou a não aceitar mais estas distinções e a enfrentar as discriminações e as desigualdades com mais intensidade. Outros fatores que contribuíram para uma nova visão dos transtornos mentais foram a inclusão na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID (CID-6, 1948) de uma sessão para as doenças mentais e a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM (DSM-I, 1952). Estas duas publicações foram fundamentais para que os transtornos mentais passassem para um novo patamar de pesquisas e tratamentos.

A última versão do DSM (DSM V, 2013) trouxe a seguinte definição:

> Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados ao sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.

[1] intensa revalorização das referências da Antiguidade Clássica, que nortearam um progressivo abrandamento da influência do dogmatismo religioso e do misticismo sobre a cultura e a sociedade, com uma concomitante e crescente valorização da racionalidade, da ciência e da natureza

> Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento
> (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito. (DSM V - 20/utilização do manual).

A Lista de transtornos abordados pelo DSM V encontra-se descrita na " seção II - Critérios Diagnósticos e Códigos", conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Seção II - Transtornos Mentais e Códigos

TRANSTORNOS	Cód.
Trastornos do Neurodesenvolvimento	31
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	87
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados	123
Transtornos Depressivos	155
Transtornos de Ansiedade	189
Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados	235
Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores	265
Transtornos Dissociativos	291
Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados	309
Transtornos Alimentares	329
Transtornos da Eliminação	355
Transtornos do Sono-Vigília	361
Disfunções Sexuais	423
Disforia de Gênero	451
Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta	461
Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos	481
Transtornos Neurocognitivos	591

Fonte: DSM – V (2013).

Tendo em vista o objetivo deste trabalho, os transtornos relacionados à Depressão (com destaque para o *Transtorno Depressivo Persistente (Distimia) - TDP*) e ao Trauma e a Estressores (com enfoque no *Transtorno de Estresse Pós-traumático - TEPT*) serão explorados com maior grau de profundidade.

Ainda na abordagem geral dos Transtornos Mentais, em 1993 a décima versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, CID-10 apresentou no capitulo V, as patologias relacionadas aos "Transtornos mentais e comportamentais/F00-F99".(CID - 10, 1993).

Esta sessão apresenta os seguintes transtornos:

a) F00-F09 mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;

b) F10-F19 mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa;

c) F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;

d) F30-F39 Transtornos do humor ;

e) F40-F48 neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes;

f) F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;

g) F60-F69 da personalidade e do comportamento do adulto;

h) F70-F79 Retardo mental;

i) F80-F89 do desenvolvimento psicológico; e

j) F90-F98 do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.

Além do TDP e o TEPT no DSM V, o existe o "F33-Transtorno Depressivo Recorrente - TDR" (patologia enquadrada na categoria dos Transtornos de Humor) que será abordado a seguir com mais detalhes.

2.1.1 Transtorno Depressivo Persistente – TDP

Os Transtornos Depressivos foram separados do Transtorno Bipolar no DSM V, diferentemente do que aconteceu no DSM IV. Tal procedimento se deve ao fato de haver diferenças de "momento ou etiologia presumida entre estes dois tipos de transtornos (DSM V, p 196), e apresentarem-se com várias "faces" que incluem o

> transtorno disruptivo da desregulação do humor, o transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), o transtorno depressivo persistente – distimia (grifo nosso), o transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, o transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e o transtorno depressivo não especificado. (DSM V, p 196).

O TDP tem como característica essencial o "humor depressivo que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, ou por pelo menos um ano para crianças e adolescentes". (DSM V, p 210)

Dentre os prejuízos deste mal, à vida de seus portadores, estão as consequências funcionais com "efeitos podem ser iguais ou maiores do que os do Transtorno Depressivo Maior[2] - TDM". (DSM V, p 211)

Em relação aos riscos à saúde, a ocorrência do TDP deve causar enorme preocupação, uma vez que a possibilidade de atentado contra a própria vida aumenta significativamente. “Durante a ocorrência do TDM, a possibilidade de comportamento suicida existe permanentemente" (DSM V, p 208). Na CID-10 se pode verificar que o TDP se assemelha ao Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos, o qual é descrito da seguinte forma:

> Episódio depressivo correspondente a descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição (CID-10, F32.3).

Seja qual for a denominação para este tipo transtorno psíquico, o fato é que os danos causados ao indivíduo são enormes e, quando negligenciados, podem ser irreversíveis.

2.1.2 Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT

2.1.2.1 Conceito

Outra disfunção que pode afetar seriamente o sistema emocional é o Transtorno do Estresse Pós-traumático. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V),

> a característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. (....). A apresentação clínica do TEPT varia. Em alguns indivíduos, sintomas de revivência do medo, emocionais e comportamentais podem predominar. Em outros, estados de humor anedônicos ou disfóricos e cognições negativas podem ser mais perturbadores.

---

[2] Tendência ao choro, irritabilidade, inquietação, ruminação obsessiva, ansiedade, fobias, preocupação excessiva com a saúde física e queixas de dor (p. ex., cefaleia; dores nas articulações, abdominais ou outras)

> Em alguns outros, a excitação e sintomas reativos externalizantes são proeminentes, enquanto em outros, sintomas dissociativos predominam. Por fim, algumas pessoas exibem combinações desses padrões de sintomas. (DSM V, 2013)

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, descreve este transtorno como,

> uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas (“flashbacks”), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de “anestesia psíquica” e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo.
> Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas frequentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. (CID-10, 1998, F43.)

Nas palavras do médico, cientista e doutor Antônio Dráuzio Varella,

> Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT é um distúrbio da ansiedade caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas físicos, psíquicos e emocionais em decorrência de o portador ter sido vítima ou testemunha de atos violentos ou de situações traumáticas que, em geral, representaram ameaça à sua vida ou à vida de terceiros. Quando se recorda do fato, ele revive o episódio, como se estivesse ocorrendo naquele momento e com a mesma sensação de dor e sofrimento que o agente estressor (evento traumático) provocou. Essa recordação, conhecida como revivescência, desencadeia alterações neurofisiológicas e mentais. (Varella, 2016)

Vários conceitos uma constatação. O individuo diagnosticado com TEPT vive um grande e doloroso sofrimento emocional, em particular pela característica da revivência de fatos e eventos traumáticos.

2.1.2.2 Critérios de Diagnóstico

Para o diagnóstico do Transtorno do Estresse pós-traumático existem alguns condicionantes e elencados “marcadores” que precisam ser identificados, de modo a não permitir que esta síndrome seja confundida com outras como a síndrome de Burnout[3]. O primeiro requisito (critério) é identificar o evento traumático ou agente estressor, que represente ameaça à vida ao indivíduo ou de uma pessoa querida. Os demais critérios levam em conta a sintomatologia característica do TEPT. (Varella, 2016)

Os critérios de diagnóstico do TEPT foram relacionados, pela primeira vez, em 1980, quando a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III), o qual estabelecia que para o diagnóstico do TEPT era necessário que o indivíduo “vivenciasse uma experiência severa e direta com um evento que estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas, altamente ameaçador à vida ou à sua integridade física e capaz produzir sintomas de sofrimento”. (Kristensen et al, 2005, apud Sbardelloto, 2010).

Ainda de acordo com esta publicação, deveriam estar presentes “a) no mínimo um sintoma de revivência ou reexperiência; b) ao menos um sintoma de entorpecimento da responsividade geral; e c) no mínimo, dois sintomas de uma lista de sintomas inespecíficos". (DSM-III, p 238)

Em 1987 a versão revisada deste manual (DSM III-TR) atualizou este conjunto de critérios e apresentou como novidade a ideia de que não havia mais a necessidade de uma experiência direta com o evento, bastando, por parte do indivíduo o “conhecimento ou a observação do fato”. (Sbardelloto, 2010)

Em 1991 o DSM IV, além de elencar os critérios diagnósticos do TEPT (apêndice “A”) incluiu no rol de transtornos relacionados ao Trauma e a Estressores, o Transtorno de Estresse Agudo - TEA o qual, de acordo com esta versão do DSM, poderia ser um quadro de estresse pré-TEPT.

> O Transtorno de Estresse Agudo - TEA distingue-se do Transtorno de Estresse Pós-Traumático porque o padrão sintomático deve ocorrer dentro de 4 semanas após o evento traumático e resolver-se em igual período.

[3] Burnout – Síndrome da Exaustão - Disponível em https://oficinadepsicologia.com/burnout-sindroma-de-exaustao> Acesso em 17 dez 2017.

> Se os sintomas persistem por mais de um mês e satisfazem os critérios para Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o diagnóstico é mudado de Transtorno de Estresse Agudo para Transtorno de Estresse Pós-Traumático. (DSM IV, 1991)

Entretanto esta relação de precedência entre TEA-TEPT não é conclusiva na comunidade científica. De acordo Bryant (2003, apud Sbardelloto et al, 2011) “pessoas podem desenvolver o TEPT sem necessariamente passar pelo diagnóstico de TEA”.

Em 2013 o DSM V trouxe a revisão de alguns conceitos presentes nas versões anteriores, definindo que:

> O TEPT pode ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida. Os sintomas geralmente se manifestam dentro dos primeiros três meses depois do trauma, embora possa haver um atraso de meses, ou até anos, antes de os critérios para o diagnóstico serem atendidos. Existem evidências abundantes para o que o DSM-IV chamou de "início tardio", mas que agora é chamado de "expressão tardia", com o reconhecimento de que alguns sintomas normalmente se manifestam imediatamente e de que a demora está em satisfazer plenamente os critérios. (DSM V, 2013)

Nesta versão os critérios diagnósticos (apêndice “B”) são apresentados com maior riqueza de detalhes e com uma linguagem mais acessível, facilitando a compreensão deste grave e não raro transtorno.

2.1.3 **Transtorno Depressivo Recorrente – TDR**

O terceiro tipo de transtorno a ser estudado é o Transtorno Depressivo Recorrente – TDR, o qual é descrito na CID-10 como:

> Um transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses(grifo nosso). O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. (CID 10, 1998)

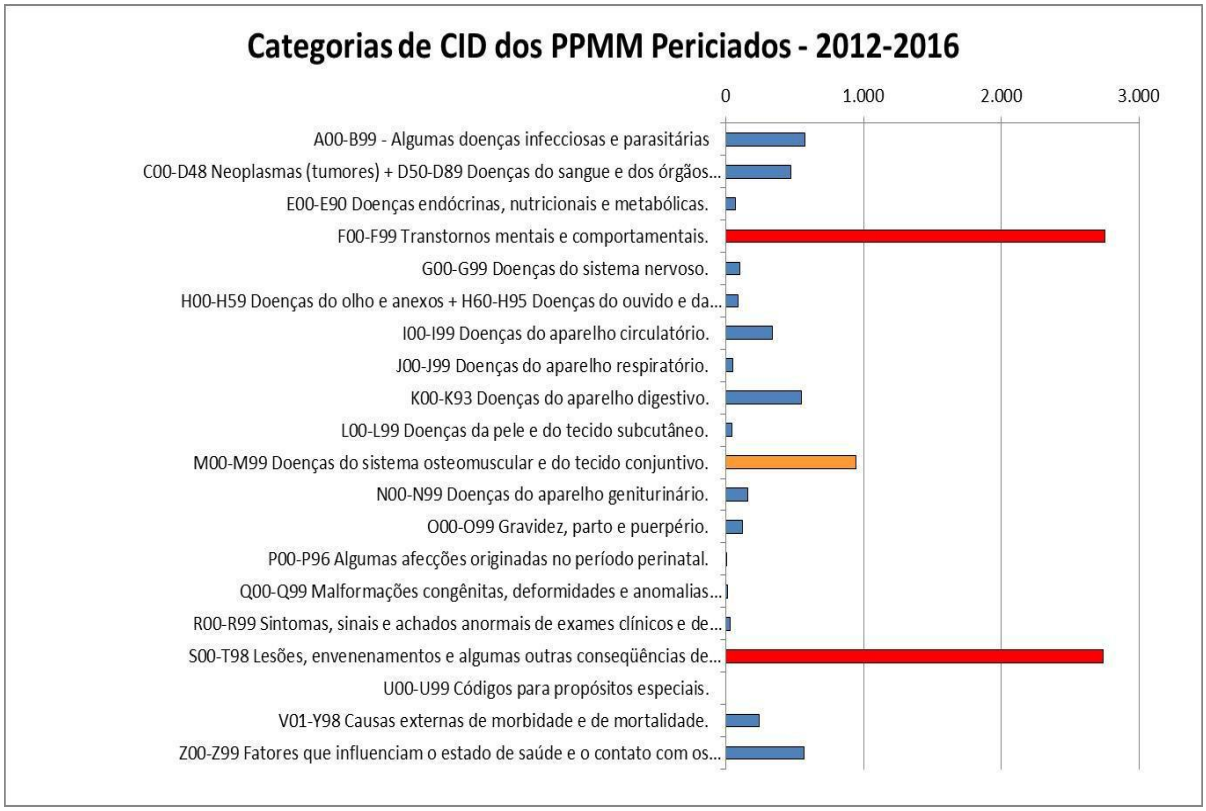
A característica de recorrência remete às situações de revivência de eventos traumáticos e indutores do estresse, presentes no TEPT. No DSM V podemos identificar o TDR sob o código 155 "Transtornos Depressivos". Em sua versão mais clássica

> ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. (DSM V, 2013, p196).

No meio policial os transtornos mentais ainda são tratados como tabus e os estudos sobre o tema não tem a merecida atenção por parte das autoridades. Policiais Militares de centros urbanos convivem, diariamente, com situações de risco à integridade física e até de morte de terceiros e deles próprios. Em grande parte das vezes exercem a atividade fim da segurança pública, sem as condições materiais e psicológicas adequadas. Este cenário acaba tornando-os, tão vítima dos males da violência urbana, quanto os demais integrantes da sociedade.

Esta vulnerabilidade foi explorada e apresentada pelo Tenente Coronel Psicólogo Fernando Carvalho Derenusson, da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro - PMERJ, em um trabalho intitulado: “A Vitimização Psicológica do Policial Militar: diagnóstico e manejo institucional”. Baseado em dados oficiais da PMERJ e em uma pesquisa realizada com 425 policiais militares daquela corporação, o Tenente Coronel demonstrou que “entre anos de 2012-2016 quase três mil policiais foram diagnosticados com algum tipo de transtorno psíquico”, como pode ser observado no gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Principais Motivos de Afastamento da atividade policial-PMERJ



Fonte: Derenusson (2017)

Observa-se que os dois maiores responsáveis por tirar os policiais das ruas, são os "transtornos mentais e comportamentais" e as "lesões e envenenamentos". Os primeiros são oriundos das mais variadas causas conforme poderá ser observado a partir de agora.

2.1.4 **Causas dos Transtornos Mentais**

Ao buscar elencar as causa de transtornos mentais, percebe-se que esta não é uma tarefa fácil. A individualidade biológica deve ser considerada e, por esta razão, as características pessoais são fundamentais para o levantamento das causas. Ainda que fatos marcantes e traumáticos como episódios de violência assaltos, sequestros e assassinatos, possam afetar um grande número de pessoas, não é possível dizer que as consequências e as reações a estes eventos sejam as mesmas para todos os indivíduos.

Além desta subjetividade, fatores como meio, condição socioeconômica e nível cognitivo contribuem para determinar ou especificar causas e consequências de transtornos mentais.

De acordo com Relatório Mundial da Saúde (OMS/OPAS, 2001) alguns fatores, comuns a um determinado grupo de indivíduos, podem direcionar as pesquisas de modo a identificar pessoas mais ou menos suscetíveis a tais transtornos. Segundo o relatório três fatores devem ser levados em consideração para estudos e diagnósticos mais qualitativos, são eles:

> **Fatores biológicos** - A idade e o sexo estão associados com perturbações mentais e comportamentais,(...).Já foi demonstrada a associação das perturbações mentais e comportamentais com perturbações da comunicação neuronal no interior de circuitos específicos. (...) Paralelamente ao progresso na neurociência, registaram-se avanços na genética. Quase todas as perturbações mentais e comportamentais graves comuns estão associadas a um significativo componente de risco genético. Estudos do modo de transmissão de perturbações mentais entre diversas gerações de famílias extensas e estudos que comparam o risco de perturbações mentais em gémeos monozigóticos (verdadeiros), em oposição a gémeos dizigóticos (falsos), levaram, porém, à conclusão de que o risco das formas comuns de perturbações mentais é geneticamente complexo. As perturbações mentais comportamentais devem-se predominantemente à interação de múltiplos genes de risco com fatores ambientais. Além disso, é possível que a predisposição genética para o desenvolvimento de determinada perturbação mental ou comportamental se manifeste apenas em pessoas sujeitas a certos fatores de stress (griffo nosso) que desencadeiam a patologia. Os exemplos de fatores ambientais poderiam abranger desde a exposição a substâncias psicoactivas no estado fetal até a desnutrição, infecção, perturbação do ambiente familiar, abandono, isolamento e trauma.
>
> **Fatores Psicológicos** - Existem também fatores psicológicos individuais que se relacionam com a manifestação de perturbações mentais e comportamentais. (...) O comportamento humano é configurado, em parte, através de interações com o meio ambiente natural ou social. Essas interações podem resultar em consequências quer desejáveis quer indesejáveis para os indivíduos. Basicamente, estes têm mais probabilidades de ter comportamentos que são «recompensados» pelo ambiente e menos probabilidades de praticar comportamentos que são ignorados ou castigados. Assim, as perturbações mentais e comportamentais podem ser consideradas como comportamento mal-adaptativo que foi aprendido – seja diretamente seja pela observação de outros no decorrer do tempo. Provas disso vêm de décadas de investigação sobre aprendizagem e comportamento, confirmadas ainda pelo êxito da terapia do comportamento, que usa esses princípios para ajudar as pessoas a alterar padrões mal adaptativos de pensamento e comportamento. Finalmente, a ciência psicológica mostrou que certos tipos de perturbações mentais e comportamentais, como a ansiedade e a depressão, podem ocorrer em consequência da incapacidade de fazer face adaptativamente a um acontecimento vital gerador de stress. De um modo geral, as pessoas que procuram não pensar nos fatores de stress ou que não os enfrentam têm mais probabilidades de manifestar ansiedade ou depressão, enquanto as que discutem os seus problemas com outras e procuram encontrar meios de controlar esses fatores funcionam melhor com o decorrer do tempo. Essa descoberta levou ao desenvolvimento de intervenções que consistem em ensinar aptidões para enfrentar a vida.
>
> **Fatores sociais** - Embora se tenha estabelecido uma associação de fatores sociais, como urbanização, pobreza e mudança, com o desenvolvimento de perturbações mentais e comportamentais, não há

> razão para supor que as consequências da mudança social para a saúde mental sejam as mesmas para todos os sectores de uma dada sociedade. As mudanças geralmente exercem efeitos diferenciais baseados no estatuto económico, no sexo, na raça e na etnia.(...) A natureza da urbanização moderna pode ter consequências deletérias para a saúde mental, devido à influência de maiores fatores de stress e de acontecimentos vitais adversos mais numerosos, como o congestionamento e a poluição do meio ambiente, a pobreza e a dependência numa economia baseada no dinheiro, com altos níveis de violência ou o reduzido apoio social (Desjarlais e col., 1995). (...) Os conflitos, as guerras e a instabilidade social estão associados com o aumento das taxas de problemas de saúde mental (...) . Os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de perturbações mentais e comportamentais, inclusive as causadas pelo uso de substâncias. Esta maior prevalência pode ser explicada tanto por uma maior susceptibilidade dos pobres como pelo eventual empobrecimento dos doentes mentais (...) o mecanismo causal pode ser válido para perturbações de ansiedade e depressão, enquanto a teoria do empobrecimento seria aplicável para uma maior prevalência das perturbações psicóticas e da toxicomania entre os pobres. Os dois, porém, não se excluem mutuamente: um indivíduo pode ser predisposto a perturbações mentais devido à sua situação social, enquanto outro, que apresenta perturbações, pode estar a passar por graves carências, pelo facto de estar doente (...). (Relatório sobre a saúde no Mundo-OMS/OPAS, 2001).

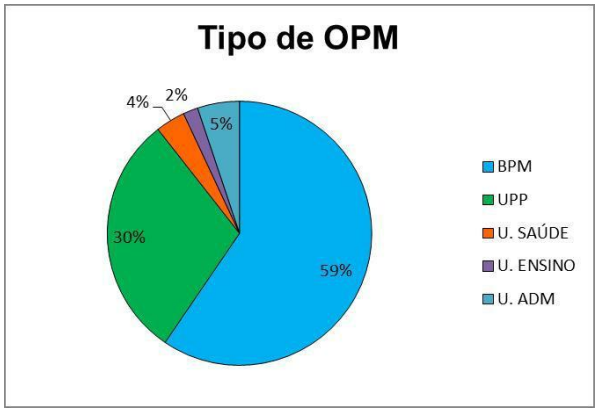
Especificamente sobre a depressão, Gulherme V. Polanczyk , Psiquiatra da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS, aponta que:

> (...) é bastante claro que eventos adversos que envolvem ameaça à vida, perdas, humilhações e privações estão implicados no seu desenvolvimento. Há, no entanto, marcada variabilidade da resposta de diferentes indivíduos a tais eventos. Para certos indivíduos, eventos estressantes desencadeiam um episódio depressivo, enquanto outros sujeitos submetidos a eventos tão ou mais estressantes não desenvolvem um transtorno mental. Mais ainda, o peso de fatores genéticos e ambientais no desencadeamento da depressão parece sofrer influência do momento do desenvolvimento do indivíduo, com eventos estressores precoces apresentando um efeito de sensibilização ao transtorno ao longo do desenvolvimento. (Polanczyk, 2009, p 10).

Voltando ao “universo” policial, Derenusson (2017) identifica a localização, o ambiente de trabalho e o nível de experiência funcional dos profissionais da PMERJ que apresentam os maiores índices de problemas de ordem emocional. De acordo com o autor:

a) Cerca de 90% dos policiais diagnosticados com problemas psicológicos trabalham em Unidades Operacionais (BPM ou UPP);

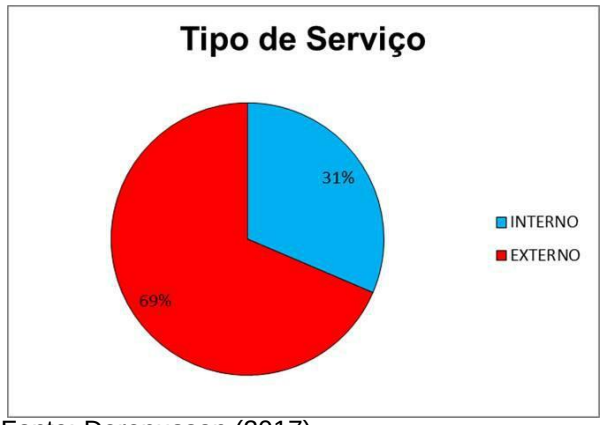
Gráfico 2 - Problemas Psicológicos por OPM



Fonte: Derenusson (2017)

b) Cerca 69% realizam trabalho Externo; e

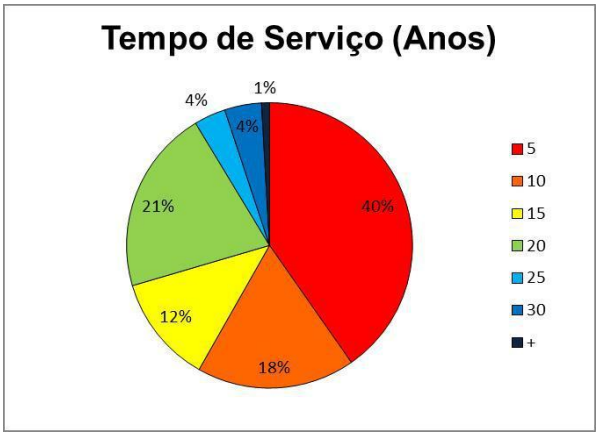
Grafico 3 - Por tipo de Serviço



Fonte: Derenusson (2017)

c) Quase 60% dos que apresentaram algum tipo de desequilíbrio psicológico, tinham entre 5 e 10 anos de Serviço.

Gráfico 4 - Tempo de Serviço



Fonte: Derenusson (2017)

Estes dados mostram que os principais fatores motivadores e os profissionais PM mais suscetíveis a desequilíbrios emocionais podem ser identificados da seguinte forma:

a) policiais lotados em unidades operacionais (organizações tipo Batalhão de Polícia Militar – BPM ou Unidades de Polícia Pacificadora – UPP), ou seja, aqueles de tem um contato maior com a rotina diária de violência e de criminalidade.

b) executam trabalhos externos, comprovando a constatação anterior, verifica-se a maior incidência de problemas de saúde, ligados a distúrbios mentais, na faixa que representa os profissionais voltados às atividades operacionais de prevenção e repressão ao crime nas ruas; e

c) se encontram na fase inicial da carreira. A falta experiência e as frustações com as dificuldades físicas e emocionais características desta carreira profissional influenciam de maneira mais marcante e negativa os mais jovens, tornando este púbico mais vulnerável ao desenvolvimento de patologias relacionadas ao estresse e eventos traumáticos.

2.1.5 **Estresse e Eventos Traumáticos ou Estressores**

De acordo com Seyle (1965, apud Ballone, 2015) “Ao se deparar com o estressor seja ele interno ou externo, o organismo desenvolve um processo fisiológico, que consiste no somatório de todas as reações sistêmicas, conhecido como Síndrome Geral de Adaptação-SGA”.

Esta síndrome é popularmente conhecida como Estresse. Pinheiro (2000, p.1, apud Santos e Costa, 2005) define o estrese como “um conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptação que o organismo emite quando é exposto a qualquer estímulo que excite, irrite, amedronte ou o faça muito feliz”.

O estresse acontece em etapas exigindo que nosso corpo responda a cada uma delas. Ballone (2015), ao referir-se sobre estas etapas afirma que:

> Na primeira fase dessa situação ocorre uma Reação de Alarme, onde todas as respostas corporais entram em estado de prontidão geral, ou seja, todo organismo é mobilizado sem envolvimento específico ou exclusivo de algum órgão em particular. É um estado de alerta geral, tal como se fosse um susto;
> Segunda fase, chamada de Fase de Adaptação ou Resistência, a qual acontece quando a tensão se repete. Nesta fase o corpo começa a acostumar-se aos estímulos causadores do Estresse e entra num estado de resistência ou de adaptação (...);
> Na terceira fase, ocorre o Estado de Esgotamento, onde haverá queda acentuada da capacidade adaptativa. (Ballone,2015)

Ainda que o estresse seja sinônimo de anormalidade emocional e quase sempre ser atribuído a situações negativas ele é necessário para o ser humano. Ballone, (2015) considera que

> Uma “dose baixa” de estresse é normal, fisiológico e desejável. Trata-se de uma ocorrência indispensável para nossa saúde e capacidade produtiva. Do ponto de vista pessoal, mudanças ocorrem em nossas vidas continuamente e temos sempre de nos adaptar à elas. Nesses casos o estresse funciona como um mecanismo de sobrevivência e adaptação, necessário para estimular o organismo e melhorar sua atuação diante de circunstâncias novas. (Ballone,2015)

As causas do estresse são conhecidas como eventos estressores ou traumáticos. Segundo Gazzaniga e Heatherton (2007, apud, Busnello et al, 2009) um “evento estressor pode ser caracterizado como um estímulo que ameaça o organismo gerando, como consequência, um padrão de respostas físicas que o corpo utiliza para evitar ou escapar de uma condição avaliada como adversa”. Ramos (2015), diz que “um evento é considerado estressor se sua demanda excede os recursos do corpo para lidar com ela”.

Para Ballone (2015) "Fator Estressor é um acontecimento, uma condição, uma pessoa ou um objeto capaz de proporcionar suficiente tensão emocional, portanto, capaz de induzir à reação de Estresse". De acordo com este autor os estressores tem origem em

> componentes emocionais, como por exemplo a frustração, ansiedade, perda, até elementos de origem ambiental, biológica e física, como é o caso do ruído excessivo, da poluição, variações extremas de temperatura, problemas de nutrição, sobrecarga de trabalho, etc. (Ballone,2015)

Atualmente muitos são os fatores que favorecem o esgotamento mental levando a quadros de estresse cada vez mais difíceis de controlar e tratar. Dentre os principais eventos estressores de nossos dias podemos citar as dificuldades financeiras, o cotidiano agitado aliado a constante sensação de constante falta de tempo, a alimentação inadequada e outros pequenos problemas do dia a dia que isolados não chamam tanta atenção, mas que juntos condicionam e prejudicam a qualidade de vida de tal forma que em muitas vezes a solução é o auxílio médico.

De todos os causadores do estresse a violência urbana é sem dúvida a que mais desgasta o emocional das pessoas. Não por acaso a Organização Mundial de Saúde - OMS apontou em 2002,

> a violência como um dos maiores problemas de saúde pública, definindo-a como o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça contra a própria pessoa, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar ou tenha alta probabilidade de causar morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação de direitos.(Monteverde et al 2017, p37-50).

Outro dado que deve ser considerado é a influência do meio ambiente na intensidade dos estressores.

> As situações ambientais podem ser provocadoras de estresse e agrupadas como: acontecimentos vitais (life-events), acontecimentos diários menores e situações de tensão crônica; e os acontecimentos diários (...) vivenciados em diversas situações cotidianas, como perder coisas, esperar em filas, ouvir o som do despertador ou o barulho provocado por vizinhos, também são provocadores de resposta de estresse. (Margis et al, 2003)

Ainda de acordo com estes autores os "*life-events* ou acontecimentos vitais, eventos de vida, eventos estressores ou eventos de vida negativos são diferenciados em dependentes" que apresentam a participação do sujeito, ou seja, dependem da forma como o sujeito se coloca nas relações interpessoais, como se relaciona com o meio, onde seu comportamento provoca situações desfavoráveis para si mesmo"; e os independentes "que estão além do controle do sujeito, independem de sua participação, sendo inevitáveis como, por exemplo, a morte de um familiar ou a saída de um filho de casa como parte do ciclo vital de desenvolvimento" (Margis et al, 2003, p 66).

Além de caracterizados como acontecimentos vitais e situações de rotina (diários), existem outras classificações para os estressores. Para Ballone (2015), eles podem ser identificados quanto a:

a) Origem – Internos e Externos:

> **Estímulos internos** - se originam nos conflitos pessoais os quais, em última instância, refletem sempre a qualidade afetiva de cada um;
> **Estímulos externos** - representam as ameaças concretas do cotidiano de cada um.
> As ameaças externas não costumam ser constantes, mas as internas sim. A possibilidade de ameaças estressoras externas existe no dia-a-dia da pessoa, mas não de forma continuada. Em algumas situações a pessoa pode se sentir segura, do ponto de vista racional. Entretanto, a percepção do estímulo estressor internamente não é racional, é emocional. Isso quer dizer que pode haver ansiedade devido ao medo de ser assaltado e agredido, embora essa possibilidade prática seja mínima.(Ballone, 2015)

b) Tipo

> **Estressores sensoriais** em contato direto com o organismo. Ex: subir escadas, correr uma maratona, mudanças e temperatura extrema, esportes radicais, etc.;
> **Estressores psicológicos**, quando somos acometidos por exigências emocionais. Ex: falar em público, perdas, mudanças, provas, exames, etc.
> **Estressores toxi-infecciosos e traumáticos** (físicos). Ex: cirurgias, parto, vírus, bactérias, fungos, etc. (Ballone, 2015)

Independente da origem ou do tipo, o fato é que os estressores alteram o ritmo normal do nosso corpo. Estas alterações resultam em respostas que podem gerar satisfação e sensação de bem-estar ou, o que normalmente chama mais a atenção, induzir a insatisfação, sentimento de incapacidade e dependendo da gravidade levar a atitudes autodestrutivas.

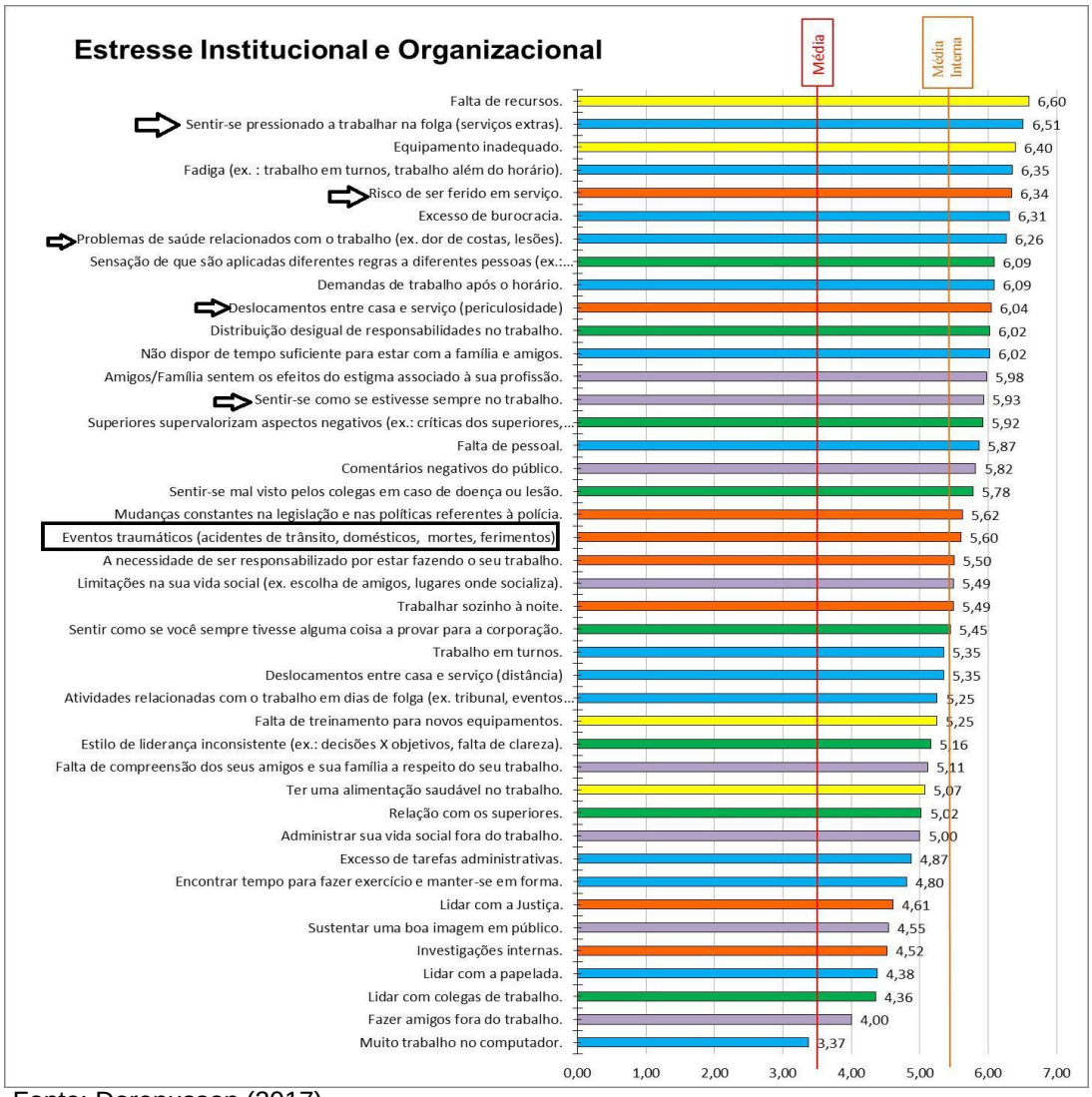
No que diz respeito ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático pode-se observar que, de acordo com o critério A1 (DSM-IV, APA, 1994), para diagnosticar este transtorno é primordial preexistência de um estressor. Este critério considera a necessidade de “evento ou eventos envolvendo morte real ou ameaça, grave lesão ou uma ameaça à integridade física de si mesmo ou de outros” (DSM IV, 1994, p 427).

No entanto, ter vivido ou tomado conhecimento de um evento traumático não obrigatoriamente fará com que o indivíduo desenvolva algum tipo de transtorno. De acordo com Ballone (2015), em razão da “percepção individual que temos da realidade não é totalmente lícito dizer que estes ou aqueles determinados fatos são estressores, pois para algumas pessoas eles podem ter esta conotação para outras não”. Ainda segundo Ballone, "a percepção pessoal da realidade engloba toda a maneira pessoal de ver e sentir o mundo e será só essa realidade (única para a pessoa) a interessar". Novamente observa-se a influência da subjetividade.

No meio policial os eventos estressores tem várias origens. De acordo com Derenusson (2017), muitos são os fatores e situações do dia a dia policial que contribuem para que as atividades de rondas, patrulhamento e enfrentamento da criminalidade se tornem ainda mais desgastantes do ponto de vista físico e mental.

O gráfico a seguir apresenta alguns destes fatores.

Gráfico 5 - Fatores estressores no meio Policial



Fonte: Derenusson (2017)

Desta relação de estressores podem-se destacar fatores como "*sentir-se pressionado a trabalhar na folga", "Risco de ser ferido em serviço", "Problemas de saúde relacionados ao trabalho", "Deslocamento casa trabalho (periculosidade)",* "*sentir-se como se estivesse sempre no trabalho" e "Eventos traumáticos (acidentes de trânsito, domésticos, mortes e ferimentos).*

Além destes, o nível de estresse policial pode ser agravado pela imagem, por vezes negativa, da corporação perante a sociedade em geral. Minayo et al (2008) ao referir-se sobre o assunto, aponta a forma como os policiais militares percebem esta situação:

> (...) grupos focais, oficiais, cabos e soldados deram relevância ao sofrimento que sentem pelo menosprezo social, sobretudo quando ele vem da população pobre e das periferias que, por sua vez, compõem o

> segmento social mais vitimizado pela violência policial. Por causa da falta de reconhecimento social que gostariam de merecer, esses profissionais justificam a imagem endurecida que os leva a tratar os cidadãos como inimigos, como se estivéssemos em uma guerra interna. (Minayo et al 2008, p. 159)

Outro fator que pode ser identificado como evento desmotivante e causador de estresse é a duvida, por parte da sociedade, em relação a idoneidade dos policiais militares. Esta situação acaba generalizando más condutas e "nivelando por baixo" toda uma corporação em razão de eventuais e pontuais desvios de caráter.

> A insistência no tema da corrupção por parte dos próprios entrevistados faz ressaltar um dos assuntos mais recorrentes trazidos pela mídia, que, ao falar da criminalidade, constantemente vem evidenciando o envolvimento de policiais militares, muitas vezes organizados em quadrilhas, esquadrões da morte, milícias ou aliciados por delinquentes. (Minayo et al, 2008, p.162).

Não poderia ficar de fora deste rol de fatores estressantes a má qualidade de vida dos policiais militares. O modo de vida destes profissionais é afetado pelo constante estado de alerta provocado, em grande parte, pelas jornadas duplas de trabalho. Ironicamente esta sobrecarga laboral pode ser provocada pelos próprios policiais em razão das oportunidades e fatores abaixo descritos:

a) Maior remuneração por maior carga de trabalho - A Gratificação por trabalho extra é regulada por normas institucionais, na forma, tem por objetivo diminuir o problema de falta de efetivos e proporciona um ganho extra ao profissional. Um exemplo é a Lei complementar nº 231, de 15 de novembro de 2005, na qual o Governo do Estado do Mato Grosso, instituiu a "gratificação por serviço voluntário a ser paga ao militar que, voluntariamente e durante seu período de folga, apresentar-se para o serviço, na conveniência e necessidade da administração" (art. 57, inc XXI, Lei Compl 231, de 15/11/2005). Este procedimento é adotado pelas demais corporações policiais brasileiras, porém se por um lado minimiza a falta de pessoal, por outro agrava o fato de que o policial não tenha o devido período de descanso o que, a longo prazo, pode influenciar de maneira altamente negativa a saúde destes profissionais. Além disto, esta politica não é suficiente para afastar o policial de trabalhos extras fora da instituição que, via de regra são mais bem remunerados.

b) Empregos paralelos, conhecidos no meio policial como "Bicos": são buscados por grande parte dos policiais, pois significam um aumento significativo na

renda mensal. Dentre os argumentos a favor deste tipo de atividade estão a melhor remuneração, flexibilidade de horários e ausência da necessidade do uso de uniformes.

> A lógica subjacente a essa escolha não envolve, porém, apenas salários, mas a insatisfação com a atividade, as frustrações quanto a promoções e a própria característica básica do estamento militar, fundado numa hierarquia excludente, em que as formas de ingresso são estanques e incomunicáveis, na prática. (Rocha, 2009)

Rocha aponta ainda que não existem ações concretas por parte alguns comandantes no sentido de desestimular esta prática,

> no âmbito das corporações não há interesse efetivo em reduzir, coibir ou reprimir essa prática, principalmente, como visto, porque os próprios comandantes e chefes estão, quase sempre, também usufruindo do sistema. Assim, há como que uma ruptura do que se entende como barreira moral, legal ou ética entre o interesse público e o privado. (Rocha, 2009, p. 28).

Como se vê a rotina diária de policiais militares é eivada de fatores e condicionantes que em nada contribuem para a atividade policial. Esta situação acarreta em inúmeros prejuízos à corporação, à sociedade e principalmente ao profissional PM.

2.1.6 **Consequências dos Transtornos Mentais**

Qualquer alteração no estado de saúde tem muitas consequências na rotina de vida do indivíduo. Quando esta alteração afeta o equilíbrio emocional o quadro tende a se agravar pois, além das funções biológicas, as áreas afetivas e cognitivas sofrem sérios danos. Paiva e Couto (2007) apontam que

> os fatores relacionados ao estresse ocupacional podem resultar em: afastamento do trabalho; intervenção hospitalar; desequilíbrio familiar; perda do emprego e constrangimento no trabalho e na sociedade. Tais elementos ou situações podem gerar consequências também para a organização, podendo ocorrer: perda de oportunidades no mercado; queda de produtividade; intensificação do absenteísmo e prejuízos financeiros (Paiva e Couto, 2007, apud Olivier et al, 2011)

Com vistas a delimitação do tema e melhor compreensão das influências dos males da mente no cotidiano policial serão abordadas, a partir de agora, as consequências de estados depressivos e de transtornos derivados de eventos traumáticos na atividade laboral de Policiais Militares.

2.1.6.1 Consequências da depressão

As consequências deste transtorno podem ser entendidas, de maneira mais clara, com a identificação de sua sintomatologia. De acordo com Teodoro (2010), "os sintomas que compõem o quadro depressivo afetam diversas áreas da vida do paciente, comprometendo suas atividades pessoais e sociais". O autor divide estes sintomas em cinco categorias, a saber:

> a) Sintomas relacionados com o humor: tristeza, emotividade, angústia, irritabilidade, ansiedade, anedonia, e desmotivação;
> b) Sintomas cognitivos: baixo rendimento intelectual, falta de Fé (em si, em Deus, na vida, nas pessoas e nos tratamentos), sentimento de abandono e/ou rejeição, assuntos constantes sobre morte, sentimento de inferioridade, falta de sentido na vida, baixa autoestima, autoimagem negativa, pessimismo, desvalorização da vida, sentimento de culpa e ideias de suicídio;
> c) Sintomas somáticos: hipersonia, insônia, perda de apetite, aumento de apetite, diminuição da libido, redução do interesse sexual, baixa no sistema imunológico;
> d) Expressão corporal: cabeça baixa, peito embutido, coluna curvada, dificuldade em olhar as pessoas nos olhos, olhar desvitalizado, despreocupação com a higiene pessoal, despreocupação com a aparência, respiração superficial e movimentos lentos e contidos; e
> c) Vida social: isolamento, desinteresse pelos estudos e desinteresse pelo trabalho." (Teodoro, 2010, p 24 e 25).

No meio policial a depressão é tão ou mais prejudicial à saúde física e mental dos indivíduos. Ainda que estes profissionais, em tese, tenham melhor preparo para enfrentar situações psicológicas adversas, o acúmulo destas sem o devido acompanhamento, pode resultar em quadros de desequilíbrios emocionais extremamente negativos.

Para Nicolau (2009) "o Policial Militar pertence a uma das profissões que mais sofre estresse, que mais se oprime, mas se expressa normalmente de maneira ordeira", ou seja, muitas vezes em nome de uma disciplina que acaba "aprisionando" e inibindo manifestações de fragilidade emocional, a doença é dissimulada ou enfrentada até as últimas forças sem um pedido explicito de ajuda, o que acaba agravando um estado depressivo. O autor aponta outro lado deste problema, a agressividade. Como qualquer outro ser humano, o policial vítima de depressão cria um mecanismo de defesa que pode resultar em intolerância e mau humor acima do normal.

> Muitas vezes a doença manifesta-se de forma intrínseca e oculta em relação à conduta do policial, mas abre uma ferida reconhecida pelos cidadãos ou pela família do profissional, por meio de seus atos

> incompatíveis ou incompreensíveis, ele faz de seu desvio de conduta uma forma ofensiva aos que lhe são mais próximos.(Nicolau, 2009).

Como pode ser observado o relacionamento interpessoal é a área comportamental mais afetada pela depressão. Esta dificuldade de interação social em uma atividade profissional que tem como uma de suas características o contato diário população, pode representar uma grande “brecha” no sistema de segurança e proteção social.

2.1.6.2 Consequências do transtorno do estresse pós-traumático

Como todo o mal social e, neste caso de saúde pública, o TEPT é um tipo de transtorno mental que pode acarretar consequências muito prejudiciais à saúde do indivíduo, ao bem estar de sua família, ao seu ambiente de trabalho e à sociedade de maneira geral.

De acordo com Schaefer et al (2012) estas consequências podem ser divididas e caracterizadas da seguinte forma

> a) Sociais: No momento em que ocorre um acidente ou enfermidade, decorrente das atividades laborais, cabe ao empregador a comunicação aos órgãos competentes dentro dos prazos oportunos, sob pena de multa, conforme prevê o artigo 22 da Lei 8.213/91 (Brasil, 1991).Também, quando for constatada a doença, resultante de acidente de trabalho, o empregado tem assegurado direitos previdenciários e trabalhistas, podendo ajuizar ações judiciais autônomas. Além disso, poderão ser concedidos a este trabalhador, mediante perícia médica benefícios como: auxílio-doença, auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez e pensão por morte;
> b) Econômicas: No Brasil ainda não existem registros específicos e precisos sobre os gastos com TEPT, normalmente estas despesas entram no compito geral dos gastos em saúde pública. Para fins de referencial, Kessler (2000, apud Schaefer, 2012) estimou que nos Estados Unidos pessoas com TEPT perdem cerca de 3,6 dias de trabalho por mês, o que significa um prejuízo na produtividade anual , daquela país, acima de US$ 3 bilhões (três bilhões de dólares);No Ambiente de Trabalho: O TEPT pode carretar uma diminuição no nível de satisfação com o trabalho, além de altos índices de absenteísmo, rotatividade de funcionários, licenças para tratamento de saúde e, até mesmo, aposentadoria adiantada;
> d) Impacto para o Indivíduo: Fisiologicamente, todas as pessoas terão uma resposta mais ou menos padrão: reações químicas provocarão a liberação de adrenalina, cortisol e hormônios que irão, por meio de estímulos, preparar o corpo para fugir daquela situação ou partir para o confronto. A recordação recorrente do fato estressor faz com que, por alguns dias, o corpo volte a ter algumas reações fisiológicas relacionadas a ele, como fadiga, tensão muscular, sobressaltos, taquicardia, náuseas e perda de apetite. (Schaefer et al, 2012).

No âmbito das corporações estes fatores contribuem negativamente para a rotina já estressante do policial. De com o Tenente Coronel Fernando - PMERJ, o

quadro de estresse pode tornar o policial militar vítima de desequilíbrios emocionais sérios e que podem ser divididos em fases chamadas de “Etapas-padrão da vitimização psicológica”:

> 1º Momento: Adoecimento silencioso (Policial não admite sofrimento) exposto pelos seguintes sintomas:
> a) Sofrimento psíquico que não pode ser compartilhado/tratado; b) Cultura organizacional do “forte”;
> c) Medo da discriminação (rotulação como maluco ou armador); dificuldade em ter tempo para cuidar da pp saúde;
> c) Medo de perder o porte de arma (sentir-se indefeso, perder trabalhos ou gratificações); e atraso na procura por atendimento – quando este ocorre a situação é mais grave e, portanto a recuperação é mais demorada.
> 2º Momento: O período do afastamento
> - Sentimento de estar sendo tratado com desconfiança por colegas e superiores, os mais comuns são:
> “Estou de licença e já falaram para mim: você vai ser bicado”;
> “Como me transferiram de LTS? Isso é um desrespeito! Me ligaram e disseram: vem aqui hoje pegar sua transferência”;
> “Muitos comandantes acham que você pega licença e tá de brincadeira. Quando volta ele te bota para trabalhar no pior serviço. Aconteceu comigo e baixei de novo!”;
> “O coronel falou comigo: você está de licença? Eu vou botar você na rua! Vou mandar a P2 atrás de você!”;
> “Você luta contra a instituição! O psiquiatra nem olha na sua cara”;
> “Eu não tenho privacidade nenhuma para falar com a psiquiatra, como eu posso contar os meus problemas?”;
> “Quando você adoece te olham de cara feia! Você entra na P1 e já te olham: quando você voltar está ferrado! O que eles fazem: te colocam numa escala extra, te trocam de ala, etc. (...)”;
> - Nesta etapa ocorre a natural e atitude de distanciamento de tudo e de todos. Portela e Buagy, Romano (2007, 1989, apud Santana e Sabino, 2012) apontam que quando afetado por algum tipo de desajuste emocional, o membro da corporação militar tende a desligar as emoções em relação a sua família e é levado a um processo de afastamento e procura de relações fora de casa. Na rua, alguns podem extravasar suas frustrações sobre os cidadãos tornando-se arbitrários, agressivos e grosseiros.
> 3º Momento: tentativa de readaptação
> No retorno ao serviço há uma dificuldade de readaptação nas unidades.
> - Parecer médico apto c (é uma categoria que indica que o policial encontra - se habilitado somente para serviço interno sem armamento)
> - Provocações de colegas e superiores
> - Não conseguir trabalhar novamente na mesma unidade/ área onde sofreu acidente (e não conseguir transferência para outra unidade) - Transferências para unidades distantes (dificuldade de deslocamento e encarecimento do mesmo)
> Questão da UPP – (...) dificuldade de o policial chegar à UPP sozinho e desarmado).
> Resultado destes fatores: não sustenta a volta ao serviço.
>
> (Derenusson, 2017)

Outro diferencial na atividade policial atua em desfavor destes profissionais, está no fato de que ele deve sempre transmitir a imagem de segurança, serenidade e autoridade. Esta imagem é assegurada, também, pelo uso da farda ou uniforme. Esta vestimenta identifica e caracteriza homens e mulheres,

que muitas vezes são vistos pela sociedade apenas como agentes do controle social e nada mais. Entretanto não se pode esquecer que dentro desta farda existem realidades e pulsam corações de seres humanos que, por vocação ou por necessidade financeira, dedicam-se à proteção e a manutenção da ordem mesmo sem o merecido reconhecimento por parte da sociedade.

Na maioria das vezes os erros e excessos na atividade policial se sobrepõem as ações pautadas pela disciplina, legalidade, verdade, honra, abnegação e outros exemplos, não raros, de boa conduta, retidão e legalidade nas ações. Este rótulo de meros “soldados da repressão” leva a uma decepção com lado profissional e assim não há como o lado pessoal (saúde e relacionamentos) funcionar adequadamente. Do ponto de vista da ética profissional e dos valores morais a relação profissional/pessoal também pode representar uma constante pressão na vida dos policiais. Estes profissionais tem o dever de primar por condutas e atitudes valores não são e não devem ser exclusivos da atividade policial. No entanto, neste meio, eventuais desvios são (ou devem) ser vistos e tratados com muito mais rigor. Sobre este tema é possível afirmar que

> as relações intersubjetivas dentro e fora da corporação são permeadas pelo medo e pelo receio do erro, devido às repercussões que isso acarreta na sua vida, seja na profissional, respondendo pelos seus atos através de punições, que vai de uma repreensão verbal até detenção ou prisão, dependendo da gravidade do ato ocorrido. Já na vida pessoal, há uma grande expectativa por conta de sua profissão, assim procuram sempre não “decepcionar” a ninguém, sendo que as punições são percebidas como se estivessem humilhando as famílias e o nome da corporação. (Guirao et al, 2017)

Esta necessidade de manter uma conduta equilibrada e racional frente ao ambiente conturbado do “combate urbano” diário, faz com que o policial militar haja de forma mecânica. Mendes (2013) completa que

> (...) não se pode esquecer é que os policiais são seres humanos, que possuem vínculo familiar e que possuem vínculo social. Enxergá-los como máquinas de segurança pública ou robôs é chamar o caos para a sociedade, pois um homem descompensado psicologicamente, treinado e armado é uma máquina de guerra e não um defensor da sociedade (Mendes, 2013, p. 66 e 67)

As consequências deste quadro psicológico são extremamente negativas e preocupantes.

> Alguns quadros físicos decorrentes do estresse como dores musculares, cefaléias, enfarte precoce, fadiga fácil, taquicardia, úlcera, abafamento no peito, palpitações, dores abdominais generalizadas, dores generalizadas no corpo, artrite, adinamia, urticária, asma, emagrecimento e infecções graves. (Couto, 1987, apud Santana e Sabino)

Outras considerações, afirmar que no campo profissional ocorrem importantes alterações.

> O profissional (policial militar) vive sob pressão constante e em consequência, sofre alteração no seu padrão normal de pensar e agir, além de apresentar dificuldades para estabelecer prioridades ocasionando sensações de hesitação, visão estreita, raciocínio confuso e ilógico que passam a fazer parte do seu dia a dia. (Portela e Bugay, Farias, Besse 2007, 1998, 1995, apud Santana e Sabino, 2012)

Já no que diz respeito aos efeitos psicossociais, é possível observar que:

> No trabalho policial, o atendimento das ocorrências se faz com equilíbrio, usando a força de forma moderada apenas para quebrar a resistência do indivíduo infrator. No entanto, não devemos supor que o policial prossiga imune após o atendimento de uma ocorrência de alto risco, especialmente se houver morte ou ferimentos graves, uma vez que estes deixam sequelas irreparáveis. (Zalluar, Allegretti ,1999,1996 apud Santana e Sabino, 2012, p. 5)

Por fim observa-se que, quando não tratadas de maneira séria e oportuna, estas consequências podem ser extremamente danosas e resultar em ações mais graves como o suicídio.

Minayo (2016) referenciando-se à pesquisas realizadas nos Estados Unidos, afirma que infelizmente há sim um denominador comum entre o TEPT, que é identificado como “Desordem de Estresse Pós-traumático - DEPT” e o suicídio. De acordo com a autora,

> A DEPT também pode ser um fator de risco para o suicídio entre policiais. Estudos norte-americanos revelam que em 1994, houve 300 suicídios comprovados entre policiais nos Estados Unidos, que é mais do que o dobro dos mortos no exercício desta atividade profissional, que foram 1371. A taxa de suicídios de policiais é o dobro da taxa da população americana como um todo. Há estimativas, não confirmadas, que sugerem que nove em cada dez suicídios de policiais se devem à DEPT. (Minayo, 2016, p 132)

Margis (2003) aponta que "pessoas com TEPT tentam até seis vezes mais suicídio (...)". Salienta também que "TEPT é o transtorno de ansiedade com mais forte relação com suicídio, de acordo com dados do National Comorbidity Survey".

Importante dizer que a ocorrência isolada do TEPT não é condição determinante para a identificação de um comportamento suicída. Berlim et al (2003) aponta que um grande percentual de indivíduos diagnosticados com esta síndrome "apresenta três ou mais transtornos mentais".

2.1.7 **Comorbidade entre transtornos mentais que podem levar ao suicídio**

Como visto anteriormente, uma atitude extrema como o atentado contra a própria vida, geralmente deriva de mais de um tipo de disfunção emocional.

> Estudos sobre o risco de suicídio em pacientes com diagnóstico simultâneo de TEPT e de depressão maior sugerem um efeito sinérgico quanto ao comportamento suicida. Além disso, os indivíduos com esse tipo de comorbidade[4] são subjetivamente mais angustiados, sofrem maior incapacitação e apresentam menor remissão dentro dos seis primeiros meses de seguimento quando comparados aos indivíduos com TEPT puro.
>
> (Berlim et al, 2003)

O DSM V aponta a ideação suicída como uma das características diagnósticas da Depressão e o desinteresse pela vida como uma das consequências de quadros agudos de TEPT, entretanto "não existem estudos epidemiológicos que forneçam evidências para diferenciar o risco de suicídio de um episódio depressivo maior devido a outra condição médica comparado com o risco de um episódio depressivo maior em geral" (DSM V ,p 223). Por outro lado,

> existem relatos de casos de suicídios em associação com episódios depressivos maiores associados a outra condição médica (TEPT por exemplo). Há clara associação entre doenças médicas graves e suicídio, particularmente logo após o início ou diagnóstico da doença. Assim, seria prudente presumir que o risco de suicídio para episódios depressivos maiores associados a condições médicas não é menor do que o risco para outras formas de episódio depressivo maior, podendo ser ainda maior. (DSM V, p 223).
>
> Indivíduos com TEPT são 80% mais propensos do que aqueles sem o transtorno a ter sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos de pelo menos um outro transtorno mental (p. ex., transtornos depressivos,
> bipolares, de ansiedade ou por uso de substância). Os transtornos por uso de substância e o transtorno da conduta comórbidos são mais comuns no sexo masculino do que no feminino. Entre militares e veteranos de combate norte-americanos enviados para as guerras recentes no Afeganistão e no Iraque, a concomitância de TEPT e LCT branda é de 48%.

---

[4] Comorbidade é a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa

> Embora a maioria das crianças pequenas com TEPT também apresente pelo menos
> um outro diagnóstico, os padrões de comorbidade são diferentes dos de adultos, com transtorno de oposição desafiante e transtorno de ansiedade de separação predominando. Por fim, existe comorbidade considerável entre TEPT e transtorno neurocognitivo maior (demência) e alguns sintomas sobrepostos entre esses transtornos. (DSM V, p 321)

2.1.8 O suicídio no meio policial

Miranda e Guimarães (2015) apontam que o problema do suicídio entre policiais não é exclusivo do Brasil. Estudos internacionais indicam que as taxas de atentados contra a própria vida, no Brasil, é igual a Países de considerados de "primeiro mundo". Estes estudos apontam também que a incidência de suicídio entre policiais depende de fatores psicossociais, demográficos e culturais.

De maneira geral as taxas de suicídio entre policiais é sempre maior quando comparadas aos números da população. Entretanto quando analisamos isoladamente cidades como Los Angeles e Nova York verificamos uma inversão destes números em desfavor da população. As autoras apontam que "essas estatísticas sugerem que o fenômeno é instável".

Esta instabilidade pode estar associada a problemas de ordem metodológica na apuração dos números. Miranda e Guimarães (2015) apresentam quatro principais motivos para estas discrepâncias de dados:

a) Dificuldade de acesso ou inexistência de informações;

b) A resistência das instituições policiais em disponibilizar esse tipo de informação para o público;

c) A inexistência de estimativas populacionais das polícias; e

d) Má classificação da causa mortis - suicídio entre policiais é usualmente, classificado como acidente ou como causa indeterminada.

Outro fator que chama a atenção no estudo de Miranda e Guimarães demonstra que o medo de deixar seus familiares desamparados faz com que policiais "camuflem as circunstâncias da morte, recorrendo a confrontos armados como forma de se matar, assim como que provocando intencionalmente acidentes".Ainda assim estes dados não tem a confiabilidade desejada. No Brasil "A rodução de conhecimento sobre mortes e suas dinâmicas é limitada por problemas de notificação, classificação e qualidade do dado” (Miranda e Guimarães, 2015).

Mesmo com a dificuldade de acesso à informações confiáveis, semelhante ao que acontece em outros países, é possível verificar que o número de policiais vitimas de suicídio é sempre maior do que no restante da população brasileira.

Sobre esta questão, Miranda (2016) em seu livro “*Porque os Policiais se Matam*” descreve o trabalho realizado pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Suicídio e

Prevenção – GEPeSP (2014-2015) da UERJ em parceria com a Polícia Militar do Rio de Janeiro – PMERJ, o qual consiste em um completo diagnóstico sobre o sofrimento psíquico no âmbito da Polícia Militar do Rio de Janeiro. Parte do trabalho foi subsidiado por uma pesquisa com 224 Policiais Militares que, dentre outros, apresentou os seguintes dados: “ a) 10% dos entrevistados disseram ter tentado suicídio; b) 22% afirmaram ter pensado em suicídio em algum momento; e c) 68% disseram nunca ter tentado nem pensado em se matar. “ (Miranda, 2016, p.41)

As razões para estes sentimentos são os mais variados e vão desde problemas familiares até insatisfação com a profissão. Esta situação, ainda que não seja exclusiva dos policiais militares, afeta de maneira mais significativa estes profissionais em relação a outros setores da segurança pública do estado. Minayo et al (2003; 2005 apud Miranda 2016), ao analisar este quadro constataram que “a taxa de sofrimento psíquico de policiais da PMERJ é 13,3% superior ao da Polícia Civil (33,6% x 20,3%)”.

Embora preocupante o suicídio, assim como os problemas de ordem psíquica é tratado no meio policial com grandes ressalvas e visto muitas vezes como sinal de fraqueza. Minayo (2016, p.19) afirma que “apesar da gravidade do problema, o suicídio entre policiais não tem recebido a devida atenção nem do poder público nem das organizações policiais (...)”. Loh e Turvey (1994,1995, apud Miranda 2016) explicam que uma das razões da invisibilidade do fenômeno entre policiais se deve à cultura hierárquica e autoritária da polícia.

> Segundo a Seção de Recursos Humanos do Estado Maior da PMERJ, cinquenta e oito mortes por suicídios e trinta e seis de tentativas de suicídio foram notificadas entre os anos de 1995 e 2009.(...) Embora esses números chamem a atenção, o trabalho de campo revelou que essas cifras estão subestimadas. As entrevistas com profissionais de saúde da PMERJ sugerem que muitos dos casos de suicídios consumados bem como as tentativas não são informados ao setor responsável por inúmeras razões como as questões socioculturais; o tabu em torno do fenômeno; a proteção ao familiar da vítima (a preservação do direito ao seguro de vida) e a existência de preconceito ao policial militar diagnosticado com problemas emocionais e psiquiátricos. (Minayo, 2016, p. 30)

A autora prossegue na investigação da realidade de vida destes indivíduos e traça um perfil sociodemográfico com os seguintes dados:

a) A maior parte das vitimas era do sexo masculino. Cerca de 90 % do efetivo da PMERJ é formada por homens;

b) A faixa etária que registrou a maior incidência de tentativas de suicídio variou entre 30 e 39 anos;

c) Em relação à origem étnica: entre os que pensaram, mas não tentaram o percentual foi maior entre os que se declararam brancos; Já entre os que tentaram o número é maior entre os autodeclarados pretos ou pardos;

d) Em termos de escolaridade o maior índice de tentativas, 55%, ocorreu dentre os que informaram possuir Ensino Médio Completo;

e) A situação conjugal foi apontada como um diferencial entre os que tentaram e não tentaram o suicídio, com um percentual desfavorável (maior) dos que tentaram relacionado aos solteiros; e

f) Concluindo o perfil, o tema religiosidade apresentou que cerca de 88% dos policiais que declararam algum tipo de credo não pensaram nem tentaram suicídio.

Desta forma foi possível relacionar, ainda que de maneira geral, algumas características que indicariam o universo dos profissionais PM mais suscetíveis a este grave problema. De acordo com os dados levantados homens pardos ou pretos, de meia idade, com grau de escolaridade médio, solteiros e com pouco ou nenhum vinculo religioso são os indivíduos que mereceriam maior atenção quando envolvidos em alguma situação de estresse extremo e com alto grau de violência.

Nesta Obra/estudo, Minayo confirma o que foi dito anteriormente em relação a fatores estressores. Além da exposição a situações de grande risco à vida ou a integridade física, a insatisfação com as condições de trabalho também aqui é apontada como uma das principais causas de pensamentos e/ou tentativas de suicídio. Aspectos como a falta de:

a) infraestrutura operacional e de recursos materiais;

b) reconhecimento profissional;

c) oportunidades de ascensão funcional;

d) treinamento adequado e contínuo; e

e) valorização por parte da sociedade.

A autora também aponta que a maioria dos suicídios ocorre entre policiais inativos que “apresentam vários sintomas da DEPT, em função do acúmulo de vivência de situações violentas e do estresse ocupacional, muitas vezes sem acompanhamento médico”(Minayo, 2016, p.132).

Neste ponto Minayo faz alusão à diversas iniciativas de apoio e acompanhamento de policiais em situação de desequilíbrio emocional duradouro, destacando sua importância e relevância para a manutenção da atividade policial.
Importante destacar que estes programas devem ser conduzidos de acordo com protocolos e requisitos a fim de padronizar procedimentos, nivelar resultados e consolidar conhecimentos. Rossi, Perrewé Sauter, (2005, apud Mendes, 2013), apresentam uma lista de recomendações do Guia da CEC (Comissão Européia) para prevenção do estresse ocupacional, que pode auxiliar no tratamento em casos de estresse e quadros depressivos:

a) Dispor de tempo de trabalho adequado para desempenho satisfatório;

b) Descrever claramente o que se espera do trabalhador;

c) Recompensar o bom desempenho laboral;

d) Permitir que o trabalhador faça queixas, que serão tratadas com respeito;

e) Equilibrar a autoridade e responsabilidade de cada trabalhador;

f) Incentivar a tolerância, a segurança e a justiça no ambiente de trabalho;

g) Descartar exposições físicas desnecessárias;

h) Identificar fracassos e sucessos, e suas relações com saúde do trabalhador.

Estes autores, subsidiados pelas ideias de Putnam (2000) e Marmot (2004), apontaram também que, para se alcançar bons resultados com as inciativas de apoio psicológico, os gestores destes programas devem atentar para:

a) o ambiente de trabalho: proporcionar oportunidades de interação social, incluindo apoio emocional e social e ajuda entre os colegas de trabalho;

b) A observação constante dos pacientes para fins de aprimoramento dos métodos de tratamento;

c) Envolvimento de todos os membros da organização;

d) Condução de sessões de apoio psicológico por pessoal realmente capacitado a fim de aumentar a confiança dos pacientes; e) Encontros com supervisão de equipes multidisciplinares visando, de acordo com Lima (2002, apud Mendes 2013) “maior tranquilidade durante suas atividades operacionais. Processo educacional é uma troca mútua”;

f) Incentivo a pratica de atividades físicas orientadas por profissionais capacitados;

g) Atenção para uma boa nutrição, pois a atividades nas ruas acaba contribuindo para que o profissional tenha uma alimentação de baixa qualidade; e

h) Apoio espiritual.

São recomendadas ainda ações que visem a integração social e familiar do profissional, com encontros psicoterapêuticos entre profissionais e seus familiares, bem como o aproveitamento das informações obtidas no exame admissional a fim de detectar possíveis problemas psíquicos. Por fim considera-se extremamente útil a execução de exames psíquicos regulares com a finalidade de “identificar comportamentos limítrofes, próximos a um limiar de fragilização” (Ribeiro, 1995, apud Mendes, 2013).

2.2 PROGRAMAS DE APOIO PSICOLÓGICO NAS INSTITUIÇÕES DE POLICIA MILITAR

Programas de Apoio Psicológico, também conhecidos como Psicologia clinica ou Psicoterapia de apoio, são iniciativas destinadas ao acompanhamento e tratamento de pessoas vítimas de algum tipo de evento traumático que venha a produzir efeitos negativos no emocional e no organismo, de forma impactante e duradoura. Segundo Costa (2016), “Trata-se de uma intervenção psicológica que promove a saúde mental através da utilização de técnicas variadas”.

Atualmente existem várias iniciativas com o intuito de atender os policiais militares e seus familiares. O Relatório Descritivo-2006 realizado pela Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP/MJ apontou que em 2004 seis das vinte instituições Policiais avaliadas não possuíam assistência psicológica para seu efetivo (apêndice "C"). A mesma pesquisa, realizada em 2013, mostrou que apenas três das vinte e sete unidades da federação não ofereciam algum tipo de assistência, (apêndice "D"). Nota-se que apesar da melhora nos números o atendimento e acompanhamento psicológico ainda não faz parte do primeiro escalão das prioridades das forças de segurança pública. Felizmente as inciativas existentes resistem a falta de estruturas e recursos procurando proporcionar aos policiais com problemas emocionais as melhores condições possíveis para tratamento e recuperação. A seguir serão apresentadas algumas destas iniciativas:

(1) o Estado de São Paulo existem o Centro de atenção Psicológica e Social (CAPS) e o Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial Militar do

Estado de São Paulo - (PAAPM/SP): Este último vinculado a Diretoria de Pessoal e com o objetivo de acompanhar, avaliar e prestar assistência aos policiais militares envolvidos em ocorrências de alto risco.

(2) Em Minas Gerais temos o Sistema de Alarme Prévio (SAP): Criado em 2015 tem a finalidade de cruzar os dados de diversos sistemas corporativos do Estado na busca de informações o auxílio à policiais com problemas no desempenho profissional.

(3) No estado do Paraná existe o Programa de Atenção Psicossocial a Policiais e Bombeiros Envolvidos em Ocorrências de Alto Risco – PROAAR: Iniciado em 2003 o Programa visa normatizar os procedimentos de apoio a policial e bombeiros militares envolvidos em situação de risco.

(4) Em Alagoas o apoio é prestado pelo o Programa de prevenção ao Transtorno do Estresse Pós-traumático Policia Militar do Estado: Criado em 2015 o programa está alinhado as diretrizes nacionais para o acompanhamento psicológico aos profissionais de segurança pública;

(5) Santa Catarina disponibiliza o Programa de Gerenciamento de Estresse Profissional e Pós-Traumático (PROGESP); Criado em 2007 e direcionado para educar, acompanhar e avaliar profissionais expostos a situação traumáticas; e

(6) No Rio de Janeiro o Projeto Renascer, Servir e Proteger - Criado em 2009 e destinado à melhoria da qualidade de vida dos policiais- e o Programa de apoio psicológico voltado ao acompanhamento de policiais civis e militares, bombeiros militares e inspetores de segurança e administração penitenciária vítimas de traumas decorrentes do exercício funcional. (Projeto de Lei 1037/2015, em tramitação desde 2015) que tem por objetivo o apoio para retorno, às atividades laborais, de policiais vitimas de traumas psicológicos.

A íntegra destes Programas se encontram descritas nos anexos A,B,C,D,E,F, e G.

2.3 EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE APOIO PSICOLÓGICO

Assim como a falta de dados sobre a ocorrência de suicídio entre policiais, as informações sobre o desempenho e eficácia dos programas apoio psicológico ainda são praticamente inexistentes. Mesmo entre os principais usuários destes programas (Policiais Militares) ainda há muita controvérsia sobre sua pertinência ficando eventuais avalições mais respaldadas na subjetividade do que em fundamentações científicas.

Segundo Saboya, (2012) alguns policiais militares atendidos pelo programa de apoio da Policia Militar do estado de São Paulo reclamam da rigidez e

da falta de continuidade no acompanhamento, relatando que o ideal seria ao menos uma entrevista a cada seis meses. Sobrinho (2013) aponta que pacientes do PAAPM/SP alegam que de alguns procedimentos como a retenção de pacientes além do tempo necessário para recuperação resultam em superlotação, dificuldade em atendimento qualificado e aumento da fila de espera. Tal situação seria vista como castigo para alguns que acabam desaconselhando outros companheiros a buscar apoio.

Especificamente sobre a prevenção ao suicídio podemos destacar duas realidades distintas. No estado de São Paulo temos o Programa de Prevenção de Manifestações Suicidas - PPMS, trabalho realizado pelo Centro de Atenção Social - CAS da PMESP, com foco nas atividades de proteção. De acordo com Miranda e Guimarães (2012), "As estatísticas de atendimento clínico (referentes à ideação, tentativas e suicídios consumados) são tratadas de forma cautelosa".

> O atual desenho do programa de prevenção, não dispõe de mecanismos que permitam aferir e monitorar a evolução dos casos. A avaliação é qualitativa. Os follow-ups, por exemplo, são uma espécie de retornos qualitativos que os auxiliam na avaliação dos resultados alcançados pelos programas do CAS. A avaliação é feita também a partir do retorno do paciente (feedbacks), isto é, da melhora do seu quadro de saúde. O relato de uma das psicólogas do PPMS ilustra a percepção da equipe: “eles (os policiais) continuam a vida. Eles chegam aqui sem perspectiva nenhuma. Recebem a alta de psiquiatra; retomam a vida; a atividade profissional. O fato de eles permanecerem vivos nos dá o parâmetro”. (Miranda e Guimarães, 2012)

Novamente percebem-se as reservas e a dificuldade de acesso a este tipo de informação.

Um comparativo entre o número de suicídios antes e depois da implantação do PPMS, aponta que houve uma queda de quase 50% no número de atentados conta a própria vida. Para se ter uma ideia no ano de 2003 o número de suicídios entre policiais chegou a 33 (trinta e três), em 2004 ano de implantação do PPMS este numero caiu para 17 (dezessete). Além desta significativa redução, a relevância do Programa foi evidenciada quando os números de suicídio (na mesma época) aumentaram no interior do estado onde o PPMS foi implantado anos mais tarde.(Miranda e Guimarães, 2012)

No Estado do Rio de Janeiro a situação é outra. Segundo as autoras "as ações voltadas para a prevenção de manifestações suicidas na Polícia carioca são ainda muito precárias". Das considerações de Miranda e Guimarães (2012) podemos destacar que as reservas em relação ao tema eram semelhantes as identificados no Estado de São Paulo. Alguns motivos foram apontados para esta dificuldade de acesso aos dados:

> a) Proteção para a família - de acordo com as autoras "Todo familiar de policial militar vitimizado por morte violenta, exceto por suicídio (grifo nosso) recebe um reconhecimento da Instituição por meio do Ato de Bravura e do seguro de vida"; e
> b) Estrutura de Apoio
> O tamanho do efetivo de médicos do ambulatório de psiquiatria da PMERJ merece destaque. O quadro de médicos, responsáveis pelo atendimento de policiais militares de todo o estado do Rio de Janeiro (policiais inativos e ativos) e de seus respectivos familiares, era composto por quatro profissionais até o primeiro semestre de 2011 (Miranda e Guimarães, 2012).

Estes cenários presentes nos dois maiores estados brasileiros refletem a situação, se não da totalidade, da maioria das corporações policiais do País. Com isso qualquer avaliação baseada apenas em números fornecidos por estas instituições fica altamente prejudicada sob o ponto de vista da confiabilidade.

3 CONCLUSÃO

Ao longo de deste trabalho foram apresentados conceitos e estudos relacionados aos transtornos mentais no âmbito das corporações policiais, visando identificar os males advindos destas doenças e as iniciativas destinadas a solucionar ou, ao menos, amenizar as consequências sobre a vida da população em geral.

Definidos os transtornos e conhecidos os critérios para seus diagnósticos verificou-se que três patologias em particular, dois transtornos depressivos (o Transtorno Depressivo Persistente e o Transtorno Depressivo Recorrente) e um com origem em eventos traumáticos (o Transtorno de Estresse Pós-Traumático) apresentam características diagnósticas e eventos motivadores mais afetos à rotina diária das Policias Militares.

Ainda que informações sobre as condições de equilíbrio emocional de policiais militares frente a situações de estresse, sejam muito difíceis de serem acessadas, foi possível verificar através do trabalho do Tenente Coronel Psi. Fernando – PMERJ, que uma das principais causas de afastamento do trabalho naquela corporação (entre 2012-2016) foram exatamente os transtornos mentais e comportamentais. Diante deste quadro foi possível verificar uma primeira e danosa consequência destes males para a atividade policial, qual seja o agravamento do problema da falta de efetivos em razão das licenças para tratamento de saúde.

Na sequencia buscou-se analisar com mais propriedade as possíveis causas e as eventuais consequências destes distúrbios emocionais, para a sociedade, para as corporações, para as famílias e para o próprio profissional PM.

Além dos fatores biológicos, psicológicos e sociais elencados como possíveis causas do estresse funcional (em suas três fases: a reação de alarme, a adaptação ou resistência e o estado de esgotamento), verificou-se que dentro das corporações policiais existem grupos mais suscetíveis ao aparecimento de problemas emocionais. Os indivíduos que podem considerados mais frágeis psicologicamente falando, integram um grupo composto por jovens, solteiros, sem vínculos religiosos e na fase inicial da carreira. Daí a importância do acompanhamento e orientação aos profissionais mais novos, inclusive com ações que estimulem o exercício da liderança em todos os níveis. Destaca-se também a relevância do núcleo familiar pois, após um dia de trabalho, é no lar junto ao cônjuge

e filhos que o (a) profissional PM busca guarida para enfrentar seus medos, angústias e traumas.

Fica claro que sem apoio e acompanhamento psicológico adequado os prejuízos são inquestionáveis. Perde a sociedade na medida em que os custos para tratamento e reabilitações, em fases agudas de estresse são bastante altos. Perdem as corporações na medida em que ficam com um efetivo ainda mais reduzido. Perdem as famílias e amigos por verem seus entes queridos em situações de intenso sofrimento e principalmente, perdem os próprios indivíduos que muitas vezes se culpam por esta situação e não veem outra saída que não seja acabar com tudo. Acabar com a própria vida.

O Suicídio no meio policial entra em cena sob o olhar das escritoras e pesquisadoras Daise Miranda e Maria Cecília de Souza Minayo. Em seus estudos as autoras buscam traçar perfis e elencar fatores motivadores do atentado contra a própria vida, no seio das corporações de polícia militar. Curiosamente os obstáculos ao acesso a dados concretos são novamente constatados. Mesmo assim Minayo observa a relação de causa-efeito que existe entre a ocorrência de um transtorno mental e a incidência do suicídio no meio policial.

Por fim buscou-se identificar o que está sendo feito para reverter esta situação.

Ainda que a proposta tenha sido explorar os transtornos mentais no meio policial sob um viés mais patológico, couberam algumas considerações sobre as ações, metodologia, estruturas, eficácia e opinião do publico alvo das iniciativas de apoio e acompanhamento psicológico.

Em tese, a maioria dos programas apresentados tem a intenção de contribuir para a melhora da qualidade de vida dos policiais. Entretanto, percebe-se certa reação destes próprios policiais a eventuais tratamentos, tendo em vista que estes podem interferir nas horas de folga que, em grande parte, são dedicadas a atividades extras para complementação de renda.

Outro fator que contribui para esta rejeição reside no fato de que a formação dos policiais militares é para o “combate urbano” onde não há lugar para “fracos de corpo ou de alma”. O Policial é condicionado a enfrentar seus problemas calado, focado na missão e voltado a proteger a sociedade do “inimigo” o criminoso, custe o que custar e com os meios disponíveis.

Neste sentido, demandas mais visíveis à sociedade, como a aquisição de equipamentos, veículos e armamentos são quase sempre as prioridades dos

gestores. Como exemplo, para a atual intervenção federal na segurança pública do Estado Rio de Janeiro foram destinados mais de R$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de reais) com previsão de investimentos em viaturas, material operacional e honorários.

É bem possível que parte desta verba seja revertida para capacitação, mas ainda assim o bem maior, que são os recursos humanos, não está entre as primeiras prioridades.

O preço que se paga por décadas de negligência já está alto demais. Não se pode mais aceitar que um policial aja com extrema violência e dispare contra um suspeito que já se encontre sem condições de reagir.

Não é possível aceitar que famílias sejam destruídas porque policiais, desestruturados emocionalmente, não conseguem conciliar a vida profissional com a pessoal.

Não é possível aceitar a morte de policiais que, sem o amparo adequado, atentam contra a própria vida, não entrem para as estatísticas e caiam no esquecimento social.

Sabe-se que as dificuldades e os desafios são imensos. A própria sociedade quando questionada se deseja que o dinheiro da segurança pública seja investido em centros de apoio e acompanhamento psicológico ou na contratação de mais policiais, provavelmente escolherá o aumento do efetivo. Porém cabe refletir se uma boa gestão de recursos humanos com adequadas, oportunas e perenes políticas apoio não sejam mais viáveis e racionais do que o aumento de um contingente policial culturalmente atrasado e psicologicamente negligenciado.

REFERÊNCIAS

AGENTES reclamam de programa de apoio psicológico da Polícia Militar. **noticias.r7.com**. São Paulo, 6 jul. 2012. Disponível em: <http://noticias.r7.com/sao-paulo/noticias/agentes-reclamam-de-programa-de-apoio-psicologico-da-policia-militar-20120706.html>. Acesso em: 15 dez. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV**. 4. ed. Washington - DC, p. 427-432, 1994.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III.** . 3. ed. Washington-DC, v. 1, p. 236-238, 1980.

AS REAÇÕES FISIOLÓGICAS AO ESTRESSE . **Revista de Psicofisiologia**. 1999. Disponível em: <http://labs.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista3/ estresse1/cap3_1.htm>. Acesso em: 10 dez. 2017.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2013. 271 p. Tradução de: Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders DSM V.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais - DSM**. Tradução Lúcia Helena Siqueira Barbosa. 3. ed. São Paulo: Manole, 1989. Tradução de: Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders - DSM III.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA . **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – DSM/5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, p. 312-315, 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS POLICIAIS MILITARES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO . **Conheça o Centro de Atenção Psicológica e Social – CAPS** . São Paulo. Disponível em: <http://apmdfesp.com.br/apmdfesp/?p=6102>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BALLONE , GJ. Estresse – O que é isso?. **in. PsiqWeb**. 2015. Disponível em: < www.psiqweb.net>. Acesso em: 8 abr. 2018.

BALLONE, G J. Estresse: Fisiologia . **PsiqWeb**. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia &idNoticia=11>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. Estresse: o que é isso? . **PsiqWeb**. 2015. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&IdNoticia =11.>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BUSNELLO, FB; SCHAEFER, LS; KRITENSEN, CH. **Eventos estressores e estratégias de coping em adolescentes**: implicações na aprendizagem. Campinas. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572009000200014.>. Acesso em: 19 dez. 2017.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PRO BLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE: CID-10. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/ V2008/ WebHelp /idh_sumario.htm>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CONHEÇA mais sobre os tipos e fases do estresse. **pm.sc.gov.br**. Disponível em: <http://www.pm.sc.gov.br/saude/conheca-mais-sobre-estresse.html>. Acesso em: 18 dez. 2017.

DERENUSSON, Ten Cel Psi Fernando Carvalho . A Vitimização Psicológica do Policial Militar: diagnóstico e manejo institucional. **pmerj.rj.gov.br**. Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://www.pmerj.rj.gov.br/analise-da-vitimizacao-do-policial/>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MARGIS, R; COSNER, AF ; SILVEIRA, RO. **Relação entre estressores, estresse e ansiedade.**PortoAlegre.Disponívelem:http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1>. Acesso em: 18 dez. 2017.

MATO GROSSO /BR. Assembléia Lesgislativa do Estado do Mato Grosso. Lei Complementar n. 231 15 de novembro de 2005. Diário Oficial da União. CUIABÁ15 Denovembrode2005.Disponívelem:http://app1.sefaz.mt.gov.br/Sistema/legislacao/LeiComplEstadual.nsf/9733a1d3f5bb1ab384256710004d4754/32275ea6933cd1a1042570df0074b4e5?OpenDocument>Acesso em: 5 jan. 2018.

MENDES, Evaristo de Oliveira. **Saúde psicossocial na segurança pública** . Rio de Janeiro Monografia (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia) - Escola Superior de Guerra , 2013.

MINAYO, MCS; SOUZA, ER; CONSTANTINO, P. **Missão prevenir e proteger** : condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MIRANDA, Dayse. **Porque o Policiais se Matam?.** . 1. ed. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016.

MIRANDA, Dayse (Org); GUIMARÃES, Tatiana. O suicídio policial: O que sabemos? **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. Rio de Janeiro, 2016.Disponívelem:<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/viewFile/7680/6191>. Acesso em:30 mar. 2018.

MONTEVERDE, CMS; PADOVAN, T; JURUENA, MFI. TRANSTORNOS RELACIONADOS A TRAUMAS E A ESTRESSORES. **Suplemento Temático: Psiquiatria I.**, p. 37-50 . Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br./2017/ vol50-Supl-1/Simp4-Transtornos-relacionados-a-traumas-e-a-estressores.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

NICOLAU, Álvaro Antonio. Ensaio sobre o sofrimento psicológico de policiais. **FGR em Revista**. Belo Horizonte, p. 45-57, 2009. Disponível em: <http://www.fgr.org.br/admin/artigos/2009273331119417388447090 31Ensaio sobre o sofrimento psicológico de policiais.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.
NOTA Técnica. Brasília, 2009. Câmara Legislativa Federal. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e- notas-tecnicas/areas-da-conle/tema21/2009_5379.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

OLIVIER, Marilene; PEREZ, Cristiani Storch; BEHR, Simone da Costa Fernandes. Trabalhadores Afastados por Transtornos Mentais e de Comportamento: o Retorno ao Ambiente de Trabalho e suas Consequências na Vida Laboral e Pessoal de Alguns Bancários. **anpad.org.br/rac**. Curitiba, 2011 . Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/840/84020810002/>. Acesso em: 8 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. **Relatório Sobre A Saúde No Mundo**. Genebra, 2000. Disponível em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf. Acesso em 22 fev 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra, 2005. Disponível em ttp://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em 01 Jun 2018.

PAULINO,Fabio Rodrigues; LOURINHO, Lidia Andrade. O Adoecimento Psicológico Do Policial Militar Do Ceará. **Revista Trabalho e Sociedade**. Fortaleza,p.58-77,2014.Disponível em:<http://www.ratio.edu.br/dados/Trabalho sociedade/revista0309/quatro.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

POLANCZYK, Guilherme V; Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. **Revista Psiquiatrica RS.)**;Porto Alegre, p. 6-12, 2009;31(1). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a05.pdf> Acesso em 19 abr 2018.

POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS. Plano Estratégico 2016-2019 da Polícia Militar de Minas Gerais – Sistema de Alarme Prévio. **policiamilitar.mg.gov.br**, p. 42-Disponívelem:<https://www.policiamilitar.mg.gov.br/conteúdo portal/upload FCK/cpp/04042017150756225.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

_____. Sistema de Alarme Prévio (SAP). **policiamilitar.mg.gov.br**. Disponível em: <https://www.policiamilitar. mg.gov.br/portal-pm/deeas/conteudo.action? conteúdo=4812 &tipo Conteúdo =subP>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

POLICIA MILITAR DE SANTA CATARINA. Programa de Gerenciamento de Estresse Profissional e Pós-Traumático (PROGESP). . **pm.sc.gov.br**. Disponível

em: <http://www.pm.sc.gov.br/saude/programa-de-gerenciamento-de-estresse-profissional-e-pos-traumatico.html>. Acesso em: 8 abr. 2018.

POLICIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO. Projeto Renascer, Servir e Proteger. **pmerj.rj.gov.br**. Disponível em: <http://www.pmerj. rj.gov. br /2015/11/renascer-servir-e-proteger-devolve-a-autoestima-aos-policiais>. Acesso em: 8 abr. 2018.

POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS. Programa de Prevenção ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático Policia Militar do Estado de Alagoas . **pm.al.gov.br**. Disponível em: <http://www.pm.al.gov.br/intra/index. php? option=com_content&view=article&id=7237:policia-militar-desenvolve- programa-de-prevencao-ao-transtorno-do-estresse-pos-traumatico&catid=4:geral& Itemid=77>>Acesso em: 15 dez. 2017.
PREMIO GESTÃO SP. Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial militar - (PAAPM). **Observatório de segurança**. Disponível em: <Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial militar >. Acesso em: 15 dez. 2017.

RAMOS, A L M. **Eventos Estressores**. Disponível em:ww.lo.unisal.br/ sistemas/professores/andre1//EVENTOS ESTRESSORES.doc.>. Acesso em:10 dez. 2017.

RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Ministério da Saúde Direção-geral da Saúde**. LISBOA – PORTUGAL, 2001. Editores sob encomenda da Direção-geral da Saúde.
Disponível em:< http://www.who.int/whr/>. Acesso em: 8 abr. 2018.

RIO DE JANEIRO. Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro. Projeto de Lei n. 1037Diário Oficial da União. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro 1519. nsf/1061f759d97a6b24832566ec00 18d832/919ca16470e0cc4083257ee60052adeb ?OpenDocument> >. Acesso em: 15 jan. 2018.

SABARDELLOTO, Grabriela. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-USF**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v16n1/a08v16n1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

SCHAEFER, LS ; LOBO, BOM; KRISTENSEN, CH. **Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho**: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas.2012.Disponível em: <http://www.scielo.br /pdf/epsic/v17n2/18.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2017.

SCHAEFER, LS; LOBO, BOM; KRISTENSEN, CH. **Reações pós-Traumáticas em adultos: como, por que e quais aspectos avaliar?** . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=1413-89X2012000200 014>. Acesso em: 3 jan. 2018.

SILVA, Dilma Ferreira. **Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática**. Fundação Oswaldo Cruz-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2010 TCC (Especialização em Saúde Pública), 2010.

SPULDARO, JC; NESI, TC . A Ocorrência de estresse em Poilciais Militares do 20º Batalhão de PM/Concórdia-Santa Catarina. **Revista Interdisciplinar Saúde e**

Meio Ambiente. Concórdia-Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/309/354>. Acesso em: 8 abr. 2018.

TEIXEIRA, Sueli . A DEPRESSÃO NO MEIO AMBIENTE DO TRABALHO E SUA CARACTERIZAÇÃO COMO DOENÇA DO TRABALHO. **juslaboris.tst.jus.br**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em:<https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/ handle/20.500.12178/73993/2007>. Acesso em: 8 abr. 2018.

TEODORO, Wagner Luiz Garcia. **Depressão**: Corpo, Alma e Mente. 3. ed. Uberlândia, 2010. 240 p. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2018.

VARELLA, Dráuzio. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. 2017. Disponível em: <https://drauzio varella.com.br/doencas-e-sintomas/transtorno-do-estresse-pós-traumático Acesso>. Acesso em: 15 nov. 2017.

APÊNDICE A

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO - 309.81/ DSM IV (1994)

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros; a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

Nota: Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.

Nota: Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma;

(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.

Nota: Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;

(3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).

Nota: Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma;

(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;

(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;

(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;

(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades

significativas;
(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
(6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);
(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).
D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:
(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono
(2) irritabilidade ou surtos de raiva
(3) dificuldade em concentrar-se
(4) hipervigilância
(5) resposta de sobressalto exagerada.
E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.
F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
Especificar se:
Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.
Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais.
Especificar se: Com Início Tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor. (DSM IV,1994)

APÊNDICE B

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (271)

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 309.81 /DSM V (2013)

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.

Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.

2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.

Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.

3. Reações dissociativas (p. ex., flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um “continuum”, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)

Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático,

começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).
3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
3. Hipervigilância.
4. Resposta de sobressalto exagerada.
5. Problemas de concentração.
6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.
G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.
Determinar o subtipo:
Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de estresse pós-traumático, e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de: 1. Despersonalização: Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).
2. Desrealização: Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).
Nota: Para usar esse subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).
Especificar se:
Com expressão tardia: Se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas). (DSM V, 2013).

APÊNDICE C

DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO/POR UF

Gráfico 1.19 - Unidades Federativas com instância, órgão ou setor que controle e acompanhe a letalidade dos seus profissionais no uso efetivo da força, 2013

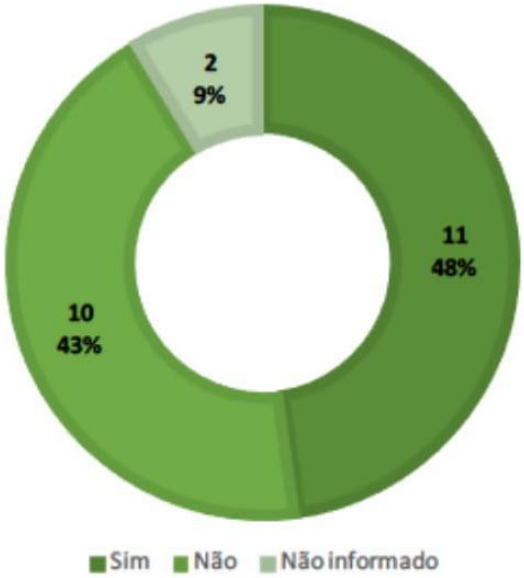
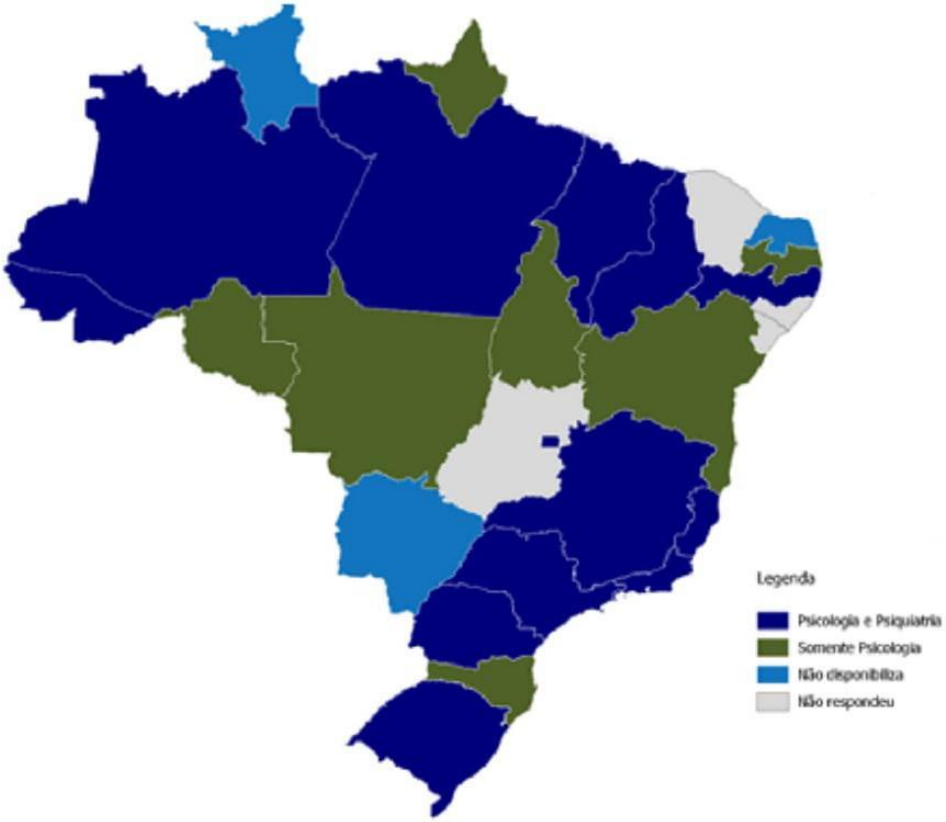


Figura 1.19– Existência de serviço de assistência à saúde mental (psicologia e psiquiatria) disponibilizado pelas Polícias Militares,2013



APÊNDICE D

EXISTÊNCIA DE SERVIÇOS DE APOIO PSICOLÓGICO PARA PM - POR UF

Das 20 instituições de Polícia Militar avaliadas, a maior parte delas possuem seu processo de formação básica integrado com a Polícia Civil. Apenas 7 Polícias Militares não possuem este processo de integração: Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia e Santa Catarina.

E.3. – Programa de Assistência Psicológica para o Efetivo

Entre as 20 Polícias Militares que responderam à Pesquisa Perfil Organizacional das Polícias Militares, 65% possuem programas de assistência psicológica para o seu próprio efetivo. Isto não ocorre apenas em 6 instituições avaliadas: Bahia, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rondônia, Santa Catarina e Sergipe. A Polícia Militar de Roraima não nos informou sobre a prestação deste tipo de serviço para o efetivo.

Tabela PM.28. – Programa de Assistência Psicológica para o Efetivo por Unidade da Federação (Brasil – 2004)

Unidade da Federação	Existe programa de assistência psicológica para o efetivo
Acre	sim
Alagoas	sim
Amapá	sim
Bahia	não
Ceará	sim
Goiás	sim
Maranhão	sim
Mato grosso	sim
Mato Grosso do Sul	não
Minas Gerais	sim

Unidade da Federação	Existe programa de assistência psicológica para o efetivo
Parana	sim
Pernambuco	sim
Rio de Janeiro	não
Rio Grande do Norte	sim
Rio Grande do Sul	sim
Rondônia	não
Santa Catarina	não
Sergipe	não
Tocantins	sim

Fonte: Ministério da Justiça / Secretaria Nacional de Segurança Pública / Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública / Pesquisa Perfil Organizacional das Polícias Militares 2005

E.4. – Programa de Assistência à Saúde para o Efetivo

A incidência de programas de assistência à saúde é relativamente menor que a de programas de assistência psicológica. As instituições que não possuem programas de assistência à saúde são Alagoas, Amapá, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e Sergipe. Destaca-se que, como vimos anteriormente, Pernambuco, Rondônia, Santa Catarina e Sergipe não possuem também programas de assistência psicológica.

Tabela PM.29. – Programa de Assistência à Saúde para o Efetivo por Unidade da Federação (Brasil – 2004)

Unidade da Federação	Existe programa de assistência a saúde para o efetivo
Acre	sim
Alagoas	não
Amapá	não
Bahia	não
Ceará	sim
Goiás	sim
Maranhão	sim
Mato grosso	sim
Mato Grosso do Sul	sim
Minas Gerais	sim

Unidade da Federação	Existe programa de assistência a saúde para o efetivo
Parana	sim
Pernambuco	não
Rio de Janeiro	sim
Rio Grande do Norte	não
Rio Grande do Sul	sim
Rondônia	não
Roraima	sim
Santa Catarina	não
Sergipe	não
Tocantins	sim

Fonte: Ministério da Justiça / Secretaria Nacional de Segurança Pública / Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública / Pesquisa Perfil Organizacional das Polícias Militares 2005

E.5. – Mecanismos de Controle da Atuação da Polícia Militar

Quatro mecanismos predominam quando avaliamos o processo de controle da atuação das Polícias Militares nas 20 instituições pesquisadas. O uso dos "Códigos de conduta ou regulamento disciplinar próprio", "Regulamento que prevê averiguação sumária, sindicância e PAD" e "Legislação estadual,

ANEXO A
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA E SOCIAL (CAPS) - PMSP

Atualmente o CAPS conta com um efetivo de 54 psicólogos e 10 assistentes sociais, os quais além de prestarem inúmeros serviços no próprio Centro, fazem a coordenação técnica dos NAPS em todo o Estado. O centro é comandado pelo Tenente-Coronel PM Paulo Augusto Leite Motooka, o qual ao, referir-se sobre sua organização militar, afirma que " O CAPS é o espaço no qual o Policial Militar encontra ferramentas para se conhecer melhor como pessoa e policia". "São papéis". Você é PM o tempo todo. Mas em que momento é uma pessoa? Aqui ele olha para si como pessoa e isso ajuda a não confundir os papéis. Nosso programa é preventivo. E esse psicólogo que o atende é o cuidador do PM.

Dentro do CAPS existe uma Seção de Apoio Psicológico – SAP, a qual é tem como responsabilidade a coordenação de programas destinados à manutenção da saúde mental do Policial Militar como o PPAD (Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas), PPMS (Programa de Prevenção em Manifestações Suicidas), PQRF (Programa de Qualidade nas Relações Familiares), PROSEN (Programa de Sensibilização para o Encerramento da Carreira Policial Militar) e PAPRF (Programa de Aconselhamento para Policiais Militares Recém-Formados, dirigido para Soldados de Segunda Classe e Aspirantes a Oficial).

Outra estrutura deste Centro é a Seção de Psicoeducação - SPE, responsável pelo PAAPM-Programa de Apoio e Acompanhamento ao Policial Militar e destinado a oferecer atendimento psicológico para o policial militar do serviço ativo quando há envolvimento em situações de risco, à sua integridade física e psíquica ou aos policiais militares que vivenciaram situações traumáticas como resgates e salvamentos trágicos, acidentes de trânsito graves, intervenções com mortes ou feridos, agressão ao PM ou familiares, entre outras. (apmdfesp, 2017)

.

ANEXO B

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E APOIO AO POLICIAL MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO - (PAAPM/SP)

O programa foi apresentado no Premio Gestão São Paulo, ano de 2004, sendo descrito da seguinte forma: “Criado em São Paulo, no ano de 2002, oriundo do antigo Programa de Acompanhamento a Policiais Militares Envolvidos em Ocorrências de Alto Risco (PROAR) , o objetivo geral do PAAPM é o acompanhamento, avaliação e assistência aos policiais militares envolvidos em ocorrências de alto risco, cabendo sua execução à Diretoria de Pessoal, através do Centro de Assistência Social e Jurídica no âmbito da Capital e Região Metropolitana e aos respectivos Comando de Policiamento do Interior, no Interior do Estado

a) o restabelecimento do equilíbrio emocional do policial militar;

a) o restabelecimento do equilíbrio emocional do policial militar;

b) a readequação da atitude e do comportamento do policial militar frente aos desafios e exigências do novo conceito de Polícia Comunitária;

c) a sensibilização do policial militar para a valorização da vida humana;

d) a não banalização do evento morte e a defesa da dignidade da pessoa humana; e

f) a promoção da perfeita interação do policial militar com a sociedade.

De acordo com o programa a preservação da ordem pública, o patrulhamento ostensivo, e as ocorrências policiais de alto risco, que muitas vezes resultam em eventos críticos e confrontos entre policiais e infratores, requerem um acompanhamento constante do policial de maneira a preservar este servidor e garantir um serviço de segurança eficiente. No contexto do PAAPM, “Ocorrência de Alto Risco é todo acontecimento de qualquer natureza que provoque ou represente perigo ou altíssima probabilidade deste”. Já os “Eventos Críticos” são aqueles relativos ao gerenciamento de uma crise, com consequências graves e imprevisíveis, com pouco tempo para articulação de possibilidades e decisão. O programa define ainda as situações vinculadas a uma tragédia e trazem no seu conteúdo aspectos sinistros e funestos, todos eles caracterizam ocorrências graves e causam ao agente interventor (policial militar) estresse com diretas decorrências orgânicas e emocionais, que podem interferir casualmente no resultado das ocorrências, estas situações seriam as “Circunstâncias Trágicas”. Assim, visando a prevenção e antecipação dos fatos o PAAPM procura atuar de forma proativa buscando desenvolvimento psicoemocional e mudança comportamental dos policiais

militares abrangidos nessas situações, bem como, para o restabelecimento dos valores éticos e sociais. A metodologia do Programa está baseada em um Estágio de Aprimoramento Profissional tendo como público alvo tanto os policiais que já envolvidos em ocorrências traumáticas com aqueles que apresentem algum tipo de alteração comportamental.

O PAAPM tem, de maneira geral, as seguintes diretrizes:

a) encaminhamento de todo o servidor envolvido em situação traumática para avaliação psicológica inicial, mesmo quando estas ocorrências forem fora da atividade de serviço;

b) emprego de técnicas de psicologia de acordo com as normas estabelecidas pelos conselhos federais e regionais de psicologia;

c) estabelecer a formação de uma comissão para a avaliação do policial participante do programa, a fim de deliberar sobre sua permanência ou liberação. Neste caso será a responsável por informar quais as atividades e por quanto tempo o policial poderá executar. Actividades siempre supe visionadas conforme cuadro aviso:

Nível	Tipo de Prescrição	Modalidade Permitida	Período
01	Atividade Supervisionada	Atividade Administrativa	1 a 6 meses
02	Atividade Supervisionada	Atividade Operacional à Pé e Administrativa	1 a 6 meses
03	Atividade Supervisionada	Atividade Operacional Mtz – RPP, à Pé e Administrativa	1 a 6 meses
04	Atividade Supervisionada	Todas as atividades	1 a 6 meses

Tabela 1 - Fonte: Prêmio Gestão São Paulo – 2004

Com vistas a otimização de tempo e de recursos o PAAPM tem ênfase no emprego de técnicas modernas de psicologia e no trabalho de prevenção. A avaliação é feita no mesmo dia em que o policial se apresenta no centro de apoio. O Fluxograma abaixo apresenta as várias etapas propostas para o programa

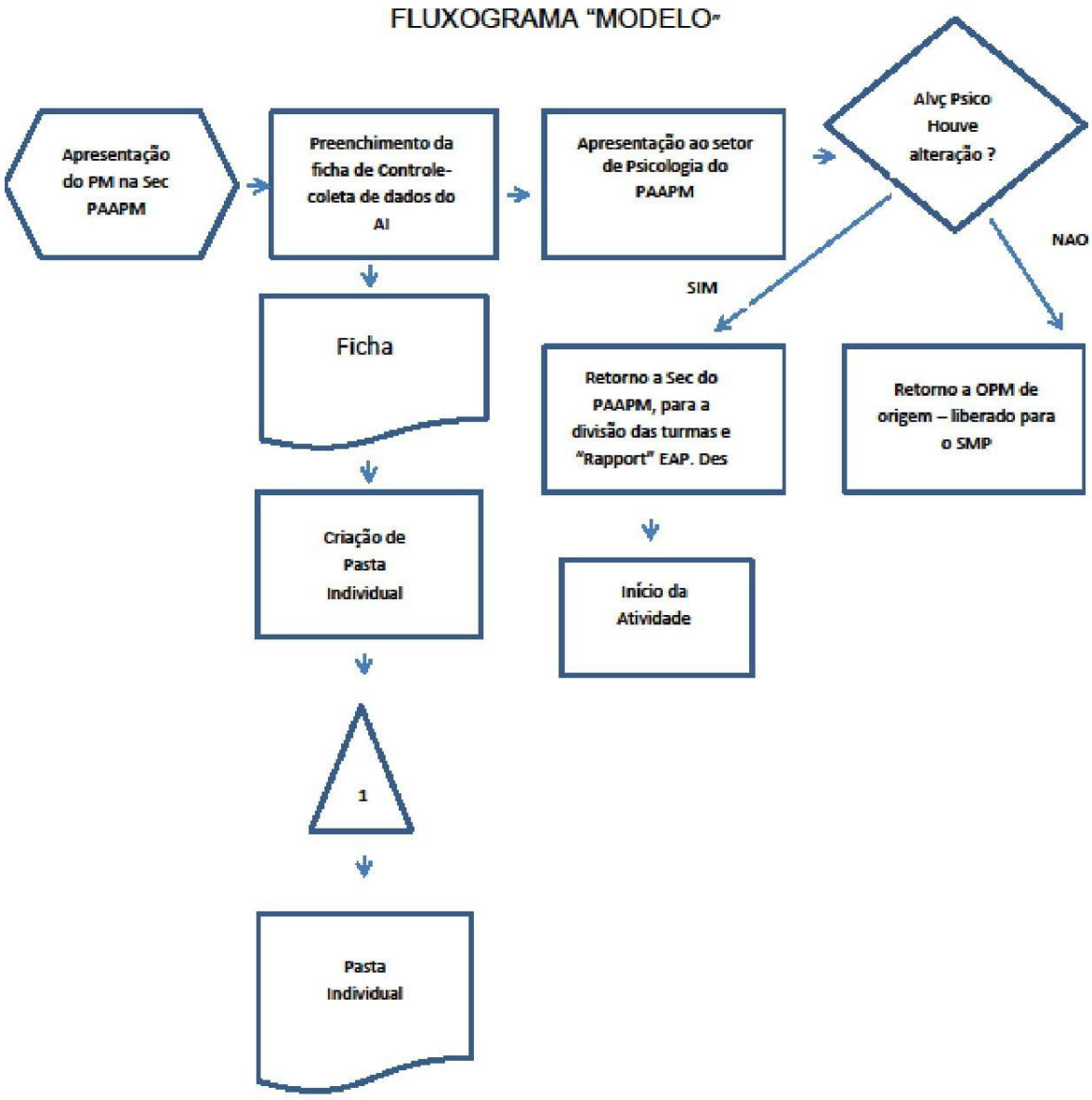


Figura 2 - Fonte: Prêmio Gestão São Paulo – 2004

Nos anos de 2004-2005 a grade curricular do estágio era composta de matérias ligadas a área profissional como “Direitos e vantagens dos servidores militares, Doutrina de Polícia Comunitária e Educação Física e institucional” e a área geral como “Teosofia, cuidados alimentares e nutrição, Psicologia aplicada e Noções sobre Prevenção e Tratamento de Dependências”, num total de 102 horas distribuídas ao longo de 17 dias. Atualmente esta grade sofreu pequenas alterações de modo a adequar o rol de matérias à realidade psicossocial do ambiente operacional do policial, com destaque para a inserção de conhecimentos na área dos Direitos Humanos. O PAAPM utiliza a estrutura e profissionais da própria Polícia

Militar, por esta razão o custo do programa nos anos iniciais foi relativamente baixo, em torno de R$ 105,45 por aluno.

Dados do programa apontam resultados altamente satisfatórios, tendo em vista seu baixo custo e relevante impacto social".

Sobre o PAAPM a Associação dos Policiais Militares Portadores de Deficiência do Estado de São Paulo - APMDFESP informou em seu site que atualmente o PAAPM é coordenado pelo Centro de Apoio Psicológico da Polícia Militar do Estado de São Paulo – CAPS, que conta com um efetivo de 54 psicólogos e 10 assistentes sociais, os quais além de prestarem inúmeros serviços no próprio Centro, fazem a coordenação técnica dos Núcleos de Apoio Psicológico - NAPS em todo o Estado. Dentro desta estrutura existe a Seção de Apoio Psicológico–SAP a qual também é responsável pela coordenação de programas destinados à manutenção da saúde mental do Policial Militar como o PPAD (Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas), PPMS (Programa de Prevenção em Manifestações Suicidas), PQRF (Programa de Qualidade nas Relações Familiares), PROSEN (Programa de Sensibilização para o Encerramento da Carreira Policial Militar) e PAPRF (Programa de Aconselhamento para Policiais Militares Recém-Formados, dirigido para Soldados de Segunda Classe e Aspirantes a Oficial).

ANEXO C
SISTEMA DE ALARME PRÉVIO (SAP) – PMMG

No estado de Minas Gerais o apoio à policiais envolvidos em eventos traumáticos é coordenado pelo Sistema de Alarme Prévio – SAP e operacionalizado da seguinte forma:

Implantado na Policia Militar do Estado de Minas Gerais, no ano de 2015,

o SAP é um sistema informatizado e alimentado por uma base de dados da PMMG; O Programa “lê” o Registro de Eventos de Defesa Social (REDS), o sistema de RH da polícia, de saúde, entre outros, e é inspirada em um sistema já utilizado pela polícia de Miami, nos Estados Unidos

O coronel Renato Carvalhais, que era corregedor da PMMG, em 2015, informou que

> A base do programa é o cruzamento das informações sobre as atividades e procedimentos policiais. Ao receber um alerta sobre uma possibilidade de alteração na conduta de um servidor o comando da corporação, através do comandante imediato do policial, “deverá realizar uma intervenção. O próprio sistema dá uma lista de intervenções possíveis para o caso, como, por exemplo, indicação para acompanhamento psicológico, assessoria jurídica”.

Em 2016 o Sistema foi consolidado e incluído no Plano Estratégico 2016-2019 da Polícia Militar de Minas Gerais, nos seguintes termos:

“Sistema de Atenção Prévia - SAP

Categoria: Estratégico.

Objeto do projeto: Desenvolvimento de um mecanismo institucional, que possibilite a identificação, intervenção e acompanhamento de policiais militares com problemas de desempenho e conduta profissional.

Setor responsável: Corregedoria da Polícia Militar.

Setores envolvidos ou afetados: Centro de Tecnologia e Sistemas (CTS), Diretoria de Tecnologia e Sistemas (DTS), Academia de Polícia Militar (APM) e Diretoria de Finanças (DF).

Diagnóstico: Os sistemas de alarme prévio, também chamados de sistemas de intervenção prévia, surgiram a partir de um crescente reconhecimento de que, em regra, pequena parcela dos policiais é responsável pela maior parte dos desvios de conduta das respectivas instituições.

O Sistema de Atenção Prévia é um mecanismo institucional capaz de identificar, intervir e acompanhar os policiais militares com problemas no desempenho profissional, fornecendo dados que serão lançados diretamente no sistema para o acionamento do alarme, quando necessário.

A detecção do problema ocorre por meio de indicadores predefinidos, que podem auxiliar na identificação de policiais com o comportamento inadequado e

incluem: envolvimento em ocorrências policiais, envolvimento em processos/procedimentos criminais e administrativos, absenteísmo reiterado, incidentes de uso da força letal, uso nocivo de álcool e drogas, e prática de violência doméstica e familiar.

A intervenção consiste basicamente em orientação preventiva, provocada pelo acionamento do “Alarme Prévio”, com o objetivo de resgate do militar identificado, para evitar o cometimento de fatos mais graves, revelando, portanto seu caráter educativo. Na maioria dos casos, a intervenção inicial consistirá na realização de uma entrevista com o chefe direto, para aconselhamento e encaminhamento a setores especializados que possam auxiliar a resolução das causas dos problemas.

O acompanhamento, por fim, é um sistema mais complexo que exige um processo de gestão e monitoramento da conduta do policial identificado, mensurando-se a eficácia das intervenções (grifo nosso).

Justificativa:

Este projeto consiste na tentativa de evitar reflexos gravosos na carreira do militar com reiterado absenteísmo e/ou envolvido na prática de transgressões disciplinares ou desvios de conduta. Será uma ferramenta de cunho preventivo, com foco no monitoramento e controle do policial por parte da administração militar, evitando a eclosão de fatos mais graves e provocando a diminuição da incidência de condutas que contrariam preceitos éticos, morais e legais.

Valor: R$ 292.240,14 - Valor de Custeio.”

ANEXO D

PROGRAMA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A POLICIAIS E BOMBEIROS ENVOLVIDOS EM OCORRÊNCIAS DE ALTO RISCO – PROAAR / PMPR

As informações sobre o programa foram obtidas via consulta à ouvidoria da Polícia Militar do Estado do Paraná, através do protocolo 63.319/2017, a qual foi respondida nos seguintes termos:

“O PROAAR foi previsto pela Nota de Instrução nº 002 de 27 Nov. 2003, com o objetivo de estabelecer normas e procedimentos para atendimento psicossocial (psicológica, moral e social) aos policiais e bombeiros militares, envolvidos em ocorrências de alto risco; esclarecer ao policial e bombeiro militar, quais são os efeitos psicofísicos do estresse e fenômeno “burlou”, e os traumas e consequências que poderão advir do envolvimento em ocorrência de alto risco; Ressaltar os sintomas do estresse e dos traumas aos policiais e bombeiros militares (efeitos psicofísicos do estresse e o fenômeno “burlou”), oferecendo orientação e informação, prevenindo e tratando as possíveis consequências, e por fim, proporcionar bem estar ao policial e bombeiro militar, para que seu desempenho não seja afetado em suas atividades, dentro e fora da organização.

Sendo assim, os procedimentos que devem ser seguidos pelos integrantes da PMPR, nos diversos escalões de Comando, são os seguintes:

a) Comando

(1) Encaminhar policiais envolvidos em situações de risco para atendimento no setor psicológico do Serviço de Atendimento Social/Diretoria de Pessoal – SAS/DP, no prazo máximo de 24 horas;

(2) Afastar o policial de locais onde este foi envolvido em situações de risco, deslocando-o o mais rápido possível para local seguro; Preservando o policial e a corporação;

(3) Analisar a situação sem elencar culpados e orientar os envolvidos sobre eventuais medidas de ordem jurídica;

b) SAS/DP

(1) Atender os policiais envolvidos, avaliando aspectos psicológicos, relacionamentos, histórico funcional e demais aspectos julgados pertinentes para melhor avaliação do quadro emocional do policial;

(2) Avaliar as condições laborais do policial e verificar a necessidade de encaminhamento para o médico psiquiatra (...). Deliberar también pela necesidades de afastamento das atividades laborais;

(3) Liberar o policial que não apresentar sintomas clínicos de desequilíbrio emocional;

(4) Orientar e recomendar a realização de atividades físicas para prevenção de doenças mentais e melhoria da qualidade de vida;

c) Profissional Psiquiatra - Avaliar e orientar os policiais que apresentem sintomas de desequilíbrio emocional, fornecendo os atestados e encaminhamentos necessários.

d) Local de Trabalho, quando do retorno do policial - Receber o policial sem julgamentos ou críticas prestando o apoio necessário;

No que diz respeito ao TEPT a PMPR conta com 41 psicólogos contratados pelo Fundo de Assistência à Saúde do Policial Militar (FASPM) atuando em todos os batalhões da instituição.

No ano de 2016 foi implantado o “Plantão Psicossocial da Polícia Militar do Paraná” que consiste na formação de uma equipe multidisciplinar composta por policiais Psicólogos, Assistentes sociais e Teólogos/Capelães, destinada a assistência imediata às ocorrências.

A particularidade deste programa é que todos os profissionais são policiais militares, credenciados e diretamente orientados pelo Serviço de Ação Social da Polícia Militar do Paraná.

O Foco é a recuperação plena do policial. Também são desenvolvidas ações de cunho preventivo, voltadas à saúde mental e melhoria da qualidade de vida.

ANEXO E

PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO POLICIA MILITAR DO ESTADO DE ALAGOAS – PMAL

No estado de Alagoas o acompanhamento de policiais expostos a eventos traumáticos é realizado conforme o texto abaixo transcrito:

O Programa foi criado em julho de 2015 e segue diretrizes nacionais de qualidade de vida na área de segurança pública e visa promover o devido acompanhamento psicológico aos agentes de segurança, possibilitando a superação ou minimização dos efeitos decorrentes de fatos potencialmente traumáticos.

De acordo com o tenente-coronel Hermes Cordeiro, chefe do Centro de Assistência Social da PM (CAS), entre as ações do programa, está previsto o afastamento temporário do serviço operacional, para avaliação psicológica e redução do estresse, de agentes envolvidos diretamente em ocorrências com resultado letal. Outra pretensão do programa é reduzir o índice de morbidade e afastamento decorrentes do estresse profissional cumulativo e do transtorno do estresse pós-traumático, desenvolvendo procedimentos e ações para intervenção em incidentes críticos.

O programa considera o índice de adoecimento dos policiais militares empregados na atividade operacional, resultante da constante exposição ao perigo e risco de vida. Ao ser informado sobre a ocorrência de um incidente crítico, a equipe de psicólogos e assistentes sociais do CAS realizará o atendimento inicial, onde serão feitas a triagem e avaliação do quadro de saúde mental do PM, para então definir o tratamento a ser realizado, sua frequência e a forma de monitoramento.

Segundo o comandante-geral da PMAL, coronel Lima Júnior estas situações são delicadas, interferem no aspecto psicológico do profissional e afetam diretamente o serviço prestado à sociedade. “Nos casos em que forem necessários, iremos retirar este policial das ruas e recuperá-lo da situação crítica vivenciada, para somente então, reconduzi-lo ao serviço operacional”, esclareceu o coronel Lima Júnior.

Em complemento a eventuais tratamentos, ocorrem Palestras de sensibilização com vistas a conscientizar gestores e comandantes da corporação, bem como a oferta de cursos e palestras sobre o transtorno e suas implicações na saúde, além de oficinas de aperfeiçoamento das habilidades emocionais e a divulgação de diretrizes do programa na instituição, todos estes mecanismos objetivam o fortalecimento do programa.

ANEXO F

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE ESTRESSE PROFISSIONAL E PÓS-TRAUMÁTICO (PROGESP)/PMSC

As informações sobre este programa foram obtidas diretamente no site da PM do Estado de Santa Catarina, de onde foi possível destacar que:

“O PROGESP/PMSC foi instituído na Polícia Militar de Santa Catarina através da Diretriz nº 027/2007/Cmdo G. Suas ações são focadas na educação, avaliação e acompanhamento psicológicos e estudos.

De acordo com dados colhidos da Junta Médica da Corporação (JMC), no período do ano de 2005 a 2009, os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais representaram cerca de 30% das concessões de Licença para Tratamento de Saúde (LTS), bem como 28% das reformas por incapacidade foram motivadas por transtornos da mesma ordem. Logo, quase um terço das LTS e das reformas devem-se ao adoecimento mental do policial militar. Esse mesmo estudo revelou que um terço dos afastamentos por adoecimento mental foi motivado por estresse. Além do afastamento e reforma, o estresse resulta em aumento da incidência de absenteísmo, dependência química, conflitos familiares, queda de desempenho laboral, doenças físicas, entre outros problemas institucionais e pessoais. Por esta razão o objetivo do Programa é realizar ações focadas na educação do policial militar para o autogerenciamento de estresse e na prevenção e tratamento do Transtorno de Estresse Pós-traumático e do Transtorno de Ajustamento.

Em linhas gerais o Programa funciona da seguinte forma:

Sempre que uma ocorrência policial caracterizar um INCIDENTE CRÍTICO, o Comandante da Organização Policial Militar deverá ficar atento ao envolvimento de policiais subordinados, informando através do RIC – Registro de Incidente Crítico - à equipe do PROGESP:

- qualquer ocorrência que tenha causado impacto emocional nos policiais envolvidos;
- ocorrência com morte ou lesão grave de policial militar;
- ocorrência envolvendo múltiplas vítimas fatais ou poli-traumatizadas;
- ocorrência com morte ou ferimento grave de cidadão civil relacionada a ação ou operação policial;
- ocorrências com grave risco de morte para o policial militar, provocado pela ação intencional de terceiros;
- ocorrências de confronto com a utilização de armas de fogo com o resultado de ferimento ou morte de cidadão civil;
- ocorrência com morte traumática e dolorosa de uma ou mais crianças com envolvimento, causal ou não, dos policiais;

O programa também realiza intervenções em casos de policiais militares que apresentam sinais e sintomas de estresse ocupacional, atendendo o próprio policial militar e avaliando necessidades de mudanças no ambiente de trabalho.

O processo de acompanhamento se inicia da seguinte forma:

1) Ao findar a ocorrência do incidente crítico, o Comandante da Organização Policial Militar, preferencialmente nas próximas 24 horas, deverá preencher o formulário do Registro de Incidente Crítico, para mobilização da equipe do aludido Programa;

2) Aguardar o contato da equipe do PROGESP, que ocorrerá no prazo de 48 horas. Em casos de estresse ocupacional, o programa disponibiliza canais de comunicação virtual para início do acompanhamento.

ANEXO G

PROGRAMAS DE APOIO PSICOLÓGICO PARA OS POLICIAIS MILITARES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A) PROJETO RENASCER, SERVIR E PROTEGER

Cuidar e amparar os policiais. Esse é o lema do projeto Renascer, Servir e Proteger, criado para ajudar aqueles que perderam os movimentos das pernas ou braços, em algum acidente ou no cumprimento do dever. Criado em novembro de 2009 pela Diretoria de Assistência Social (DAS), o projeto tem o objetivo de oferecer melhorias na qualidade de vida dos policiais militares deficientes, envolvendo seus familiares. O projeto é ligado ao esporte e é voltado para o policial que, devido a uma lesão, tenha ficado paraplégico, tetraplégico, hemiplégico, mas que ainda tem faculdades mentais plenas. Há um impacto muito grande em todo o estilo de vida de quem sofre esse trauma. Isso afeta a autoestima, os relacionamentos interpessoais, familiares e sociais", afirma a tenente Coronel Aziza Ramalho. São oferecidas atividades esportivas como basquete em cadeira de rodas, natação, halterofilismo e rugby em cadeira de rodas. O projeto Renascer, Servir e Proteger pretende ainda aumentar a variedade de modalidades e incluir tiro esportivo e atletismo, corrida em cadeira de rodas e lançamento de dardo. O programa atende 31 policiais que se tornaram deficientes físicos combatendo a criminalidade. A intenção é melhorar a qualidade de vida de policiais inativos por meio do esporte. "Descobrimos que isso melhora o relacionamento do policial com a sua família porque ele volta a se sentir útil, ter uma vida normal dentro da possibilidade dele, porque há, ainda, preconceito social contra os deficientes físicos", comenta a Tenente Coronel Aziza. Ferimentos –

A Polícia Militar tem um contingente de 45 mil homens. Para ter uma ideia do índice de acidentes, dados mostram que 79 policiais se feriram enquanto estavam no trabalho, de janeiro a maio deste ano. Estudos mostram a possibilidade de manter esses homens ativos, produzindo em outras atividades. Podemos usar a experiência que o policial teve na rua e transformar em experiência de observação em trabalhos internos específicos, garante a Coronel. Uma equipe de profissionais de educação física, psicologia e medicina esportiva faz parte do programa, que funciona no Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças, em Sulacap; Já as atividades são desenvolvidas no Centro de Saúde Mental Física e Desporto, antigo Ginásio da Academia D. João VI – APM, em Sulacap.

b) PROJETO DE LEI Nº 1037/2015

EMENTA: DISPÕE SOBRE O ESTABELECIMENTO DE PROGRAMA DE APOIO PSICOLÓGICO VOLTADO AO ACOMPANHAMENTO DE POLICIAIS CIVIS E MILITARES, BOMBEIROS MILITARES E INSPETORES DE SEGURANÇA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA VÍTIMAS DE TRAUMAS DECORRENTES DO EXERCÍCIO FUNCIONAL.

Autor(es): (consulta no SITE : alerj.rj.gov.br).

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO RESOLVE:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a estabelecer, em hospitais sob sua gestão ou, mediante convênio, em clínicas privadas, "Programa de Apoio Psicológico e de Acompanhamento do Retorno à Atividade Profissional", destinado a Policiais Civis e Militares, Bombeiros Militares e Inspetores de Segurança e Administração Penitenciária, vítimas de traumas decorrentes do exercício de suas funções.

§1º. O Programa de que trata este artigo deverá ter sua gestão por coordenação própria e independente das instituições de origem dos servidores alvo do programa, podendo ser multidisciplinar ou não.

§2º. O coordenador e demais membros da coordenação serão designados segundo critério do Executivo – ressalvado sempre o critério de independência de sua atuação no programa.

§3º. A coordenação do programa, para o exercício de suas atribuições e cumprimento de sua finalidade, disporá dos meios já existentes na rede pública de saúde e dos sistemas de saúde das instituições envolvidas, bem como de convênios previamente autorizados.

Art. 2º Para o atendimento ao disposto no presente diploma, deverão as instituições de origem promover o encaminhamento dos servidores que tenham sido submetidos a condições que possam ser classificadas como de elevada pressão psicológica ou estresse funcional ao programa, tendo em vista a avaliação sobre a necessidade de inclusão no Programa.

Art. 3º Os servidores abrangidos por esta Lei, que tenham passado por traumas funcionais e não tenham sido encaminhados ao programa, poderão - segundo critério pessoal - requerer diretamente à coordenação do programa sua inclusão no mesmo – que, após avaliação, poderá ser autorizada ou não.

Parágrafo único: Em caso de requerimento de servidor à coordenação do programa no sentido de sua inclusão, o indeferimento deverá ser fundamentado por laudo clínico.

Art. 4º A regulamentação desta lei, tendo em vista a aplicação do programa, obedecerá a critérios do Poder Executivo.

Art. 5º. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

(....)

JUSTIFICATIVA: É conhecida e inegável a condição de elevado estresse funcional a que são submetidos, diuturnamente, Policiais Civis e Militares - como consequência dos elevados índices de violência experimentados na cidade do Rio de Janeiro e municípios vizinhos. Como decorrência direta dessa violência, bem como de outros problemas específicos que afetam, diretamente, o sistema penitenciário, experimentam os Inspetores de Administração e Segurança Penitenciária, igualmente, semelhantes níveis de tensão.