

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MARIA ÂNGELA MOURA RODRIGUES

**TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL DE POLICIAIS MILITARES AFASTADOS DO
TRABALHO POR TRANSTORNOS MENTAIS NO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

R696t Rodrigues, Maria Ângela Moura, 1965-
Trajetória institucional de policiais militares afastados do trabalho por transtornos mentais no Espírito Santo / Maria Ângela Moura Rodrigues. – 2012.
76 f. il.

Orientador: Luiz Henrique Borges.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Saúde mental. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Policiais militares. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

MARIA ÂNGELA MOURA RODRIGUES

**TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL DE POLICIAIS MILITARES AFASTADOS DO
TRABALHO POR TRANSTORNOS MENTAIS NO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.
Orientador: Professor Dr. Luiz Henrique Borges

VITÓRIA

2012

MARIA ÂNGELA MOURA RODRIGUES

**TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL DE POLICIAIS MILITARES AFASTADOS DO
TRABALHO POR TRANSTORNOS MENTAIS NO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em, 20 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientador

Prof.^a Dr.^a Maristela Dalbello de Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Dedico este trabalho aos meus colegas de farda e companheiros de trabalho da área de saúde mental. Dedico também aos meus familiares, que são o pilar da minha existência, especialmente o meu esposo e meu filho que compreenderam a minha ausência e me apoiaram em mais esse projeto.

AGRADECIMENTOS

A minha trajetória profissional e acadêmica se integra e forma hoje a pessoa que sou. Ser uma das primeiras mulheres a entrar na polícia militar do Espírito Santo me possibilitou conhecer o universo do militarismo e a sutileza da convivência da alma feminina – turma pioneira – que brotou como uma flor em um solo árido, antes só masculino, pautado na hierarquia e na disciplina. Dessa forma, agradeço aos meus colegas de trabalho, de forma especial aos que trabalham na área da saúde, dentro do Hospital da Polícia Militar (HPM).

Aos meus amigos e colegas do Programa de Tratamento de Dependência Química (Presta), no qual permaneço há 17 anos e aos colegas da Diretoria de Promoção Social, parceiros desta jornada.

Agradeço a todos os meus mestres, terapeutas e pacientes, que permitiram que eu me enxergasse como um ser que integra corpo e alma e que se sente abençoado por Deus em todas as etapas da vida, ao qual agradeço, todos os dias, a vida recebida.

Agradeço ao meu esposo, Fabio, por colocar nosso filho, João Pedro, para dormir, enquanto eu não chegava das aulas do mestrado, como também a todos os meus familiares, que me ajudaram e compreenderam a minha ausência enquanto estava indo a congressos e outras atividades fora do Estado, apoiando-me e incentivando nesta caminhada.

Agradeço aos profissionais que trabalham no arquivo do HPM que prontamente buscavam cada documento solicitado por mim e ainda ao Diretor, ao chefe da Junta de Saúde e ao Comandante Geral da PMES, por confiarem e aceitarem que eu realizasse esta pesquisa.

Agradeço ao Prof. Dr. Luiz Henrique Borges, que me acolheu nesta caminhada e que, de forma incansável, realmente me orientou. Mas não se ateu somente a isso, pois me mostrou a importância do profissional da saúde mental na saúde do trabalhador, além de ter se sensibilizado com as mazelas sofridas pelos profissionais da segurança pública.

“A criança que fui chora na estrada, deixei-a ali quando vim ser quem sou; Mas hoje vendo que o que sou é nada, quero buscar quem fui onde ficou.”

Fernando pessoa

RESUMO

Este estudo traça a trajetória institucional dos policiais militares lotados no município de Vitória-ES, afastados do trabalho por problemas de saúde mental, por mais de 15 dias, em 2010, no que se refere à atenção à saúde e situação funcional. Trata-se de um estudo classificado como série de casos, com base nos registros em prontuários médicos do Hospital da Polícia Militar. Para isso, foram estudadas variáveis quanto às características demográficas, funcionais e relacionadas ao tratamento e ao afastamento, que se encontravam registrados em seus prontuários médicos, visando mostrar os desfechos na trajetória institucional pelo prisma da incapacidade para o trabalho. O caminho percorrido passa pelas políticas públicas dirigidas aos profissionais de segurança pública quanto às possibilidades de proteção e atenção à sua saúde mental. Foram encontrados 25 casos que se caracterizaram por serem 92% do sexo masculino, dos quais 80% com mais de 15 anos de profissão, média de idade de 42,6 anos. Ademais, 56% trabalhavam em local operacional. A maioria dos pesquisados se encontra na situação atual de ativa (61,5%) e estão lotados nos setores operacionais: 1º BPM, CPOM e BPRV. Cerca de metade dos policiais militares pesquisados apresentou diagnóstico de ansiedade (56%), proporção semelhante àqueles que apresentaram depressão (52%). Além disso, 20% apresentaram diagnóstico de psicose e 16% de transtorno relacionado ao uso de álcool e outras drogas. Um ponto importante observado é que aqueles que receberam algum tipo de tratamento ainda se encontram na ativa, o que mostra uma necessidade de programas relacionados à promoção da saúde mental.

Palavras chave: Policial militar. Saúde mental. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

This study traces the evolution of the institution of the military police in the crowded city of Vitória - ES, off work for mental health problems for more than 15 days in 2010, with regard to health care and functional status. It is classified as a study case series, based on the records in the hospital medical records of the Military Police. For this, variables were studied demographic characteristics, functional and related to treatment and removals, which were recorded in their medical records, in order to show the outcomes in institutional history through the prism of the incapacity for work. The path passes by public policies targeted at public safety professionals about the possibilities of protection and attention to their mental health. We found 25 cases that were characterized as being 92% male, 80% of whom more than 15 years in the profession, mean age of 42.6 years. Moreover, 56% worked in the local operating. The majority of respondents in the situation of current active (61.5%) and are allocated to the sectors operating: 1 Battalion, CPOM and BPRV. About half of the police officers surveyed had a diagnosis of anxiety (56%), a similar proportion to those who had depression (52%). Furthermore, 20% were diagnosed with psychosis and 16% of disorder related to alcohol and other drugs. An important note is that those who received some type of treatment are still on active duty, which shows a need for programs related to mental health promotion.

Key words: Military police. Mental health. Public Health Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição dos policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo o sexo, Vitória-ES, 2010	57
Tabela 1 – Distribuição do efetivo de policiais militares por unidades em 2010, Vitória-ES, 2010	53
Tabela 2 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo a faixa etária, Vitória-ES, 2010	58
Tabela 3 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo o tempo de serviço na PMES, Vitória-ES, 2010	58
Tabela 4 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo lotação em 2010, Vitória-ES, 2010	58
Tabela 5 – Estimativa de prevalência de transtornos mentais graves entre policiais militares, segundo lotação em 2010, Vitória-ES, 2010	59
Tabela 6 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo lotação em 2010 e faixa etária, Vitória-ES, 2010	60
Tabela 7 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo a situação atual, Vitória-ES, 2010	60
Tabela 8 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo situação atual e sexo, Vitória-ES, 2010	61
Tabela 9 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo situação atual e faixa etária, Vitória-ES, 2010	61
Tabela 10 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo situação atual e tempo de serviço na PMES, Vitória-ES, 2010	61
Tabela 11 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo situação atual e lotação em 2010, Vitória-ES, 2010	62
Tabela 12 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo serviços de tratamento utilizados, Vitória-ES, 2010	63
Tabela 13 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo transtorno mental apresentado, Vitória-ES, 2010	64

Tabela 14 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo transtorno mental apresentado e situação atual, Vitória, 2010 .	65
Tabela 15 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo o tempo entre o primeiro afastamento e 2010 e situação atual, Vitória-ES, 2010	65
Tabela 16 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo serviços de tratamento utilizados e situação atual, Vitória-ES, 2010	66
Tabela 17 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo quantidade de dias afastados em 2010 e situação atual, Vitória, 2010.	67

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1º BPM – Primeiro Batalhão da Polícia Militar

ASPBMES – Associação de Saúde dos Policiais e Bombeiros Militares do Espírito Santo

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

BIDS – Boletins Internos da Diretoria de Saúde

BME – Batalhão de Missões Especiais

BPTran – Batalhão de Polícia de Trânsito

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CCS AJ Geral – Companhia de Comando de Serviço da Ajudância Geral

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Cia P Guarda – Companhia de Policiamento de Guarda

CID – Classificação Internacional das Doenças

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CPO-M – Comando de Policiamento Ostensivo Metropolitano

DEPAID – Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública

DPS – Diretoria de Promoção Social

DS – Diretoria de Saúde

DSM III-R – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, terceira edição revisada

FEB – Força Expedicionária Brasileira

GIH – Guias de Internação Hospitalar

HPMES – Hospital da Polícia Militar do Espírito Santo

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IGPM – Inspetoria Geral das Polícias Militares

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPAJM – Instituto de Previdência e Assistência Jerônimo Monteiro

ISS – Instituto de Serviços Sociais do Brasil

MJ – Ministério da Justiça

PMES – Polícia Militar do Estado do Espírito Santo

PNUD – Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas

Prapsi – Programa de Acompanhamento Psicológico

Pronasci – Programa Nacional de Segurança Pública e Cidadania

QCG – Quartel do Comando Geral

Rotam – Ronda Ostensiva Tática Motorizada

Senasp – Secretaria Nacional de Segurança Pública

Siarhes – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos do Espírito Santo

Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSP – Sistema Único de Segurança Pública

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UDN – União Democrática Nacional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 POLÍCIA, POLÍTICA E SAÚDE	23
3.1 POLÍTICA DE SAÚDE PARA PM.....	31
4 TRABALHO POLICIAL E SAÚDE	40
5 METODOLOGIA	50
5.1 TIPO DE ESTUDO	51
5.2 CENÁRIO	52
5.3 SUJEITOS.....	54
5.4 INSTRUMENTO	55
5.5 PROCEDIMENTOS DE CAMPO.....	55
5.6 ANÁLISE DE DADOS	56
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	56
6 RESULTADO E ANÁLISE	57
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A - Relação de dados extraídos do prontuário médico	76
ANEXO A - Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa	77

1 INTRODUÇÃO

O interesse nesta pesquisa surge da experiência de trabalho, na qualidade de policial militar por 29 anos (1ª turma de policiais femininas) e psicóloga, na Polícia Militar do Estado do Espírito Santo (PMES), no Hospital da Polícia Militar (HPMES) e na Diretoria de Promoção Social (DPS), que são os setores que lidam diretamente com policiais militares que se envolvem em disparo de armas de fogo, em uso de substâncias psicoativas e/ou que apresentem transtornos mentais.

Após a graduação em Educação Física, iniciamos atividade com dependente químico no HPMES, constatando a contribuição do trabalho com o corpo, integrado a outras atividades, para a melhora do estado geral de saúde dos afetados. O entendimento da importância da integração corpo/mente nos levou a buscar novas especializações na área de psicoterapia corporal e outra graduação em psicologia. Durante esse percurso e com as atividades desempenhadas dentro da instituição, temas que envolvem Dependência Química e Transtornos Mentais, sempre nos inquietaram e instigaram. No decurso deste trabalho, passamos a ministrar palestras em cursos de formação, capacitação e aperfeiçoamento da PMES, visando à promoção da saúde.

Quando o policial militar se forma, faz o juramento bem claro quanto ao seu papel. A Lei 3.196/1978 (ESPÍRITO SANTO, 1978), em seu art. 31, diz que o juramento será prestado na presença de tropa, tão logo o policial militar tenha adquirido um grau de instrução compatível com o perfeito entendimento de seus deveres como integrante da Polícia Militar, conforme os seguintes dizeres:

Ao ingressar na Polícia Militar do Estado do Espírito Santo, prometo regular a minha conduta pelos preceitos da moral, cumprir rigorosamente as ordens das autoridades a que estiver subordinado e dedicar-me inteiramente ao serviço policial militar, à manutenção da ordem pública e à segurança da comunidade, mesmo com o risco da própria vida.

Em seu juramento, o policial militar já se submete às ordens das instituições, bem como assume o risco da própria vida, pois já sabe das condições

adversas que vai encontrar ao longo da sua jornada de trabalho em que se expõe de forma exaustiva, pois, além de ser o representante legal do Estado, sofre também as pressões da sociedade, as quais o levam, muitas vezes, à exaustão, a doenças ocupacionais e principalmente a doenças mentais, porque a maioria extravasa de forma contraditória, aumentando a violência no contato com os cidadãos ou utilizando álcool e outras drogas como solução imediata para seus problemas.

As questões de segurança pública e violência têm sido palco de grandes discussões em vários setores da sociedade. Constata-se que o profissional de segurança pública frequentemente aparece na mídia, principalmente associado à imagem de pessoa violenta que não respeita os direitos humanos, visto somente como uma máquina que falha. Raramente se encontra alguma matéria jornalística sobre as condições de vida e de trabalho dos policiais, da sua condição de um ser com capacidades emocionais, enfim, como alguém que também sofre as pressões do mundo moderno que se somam àquelas específicas de seu campo de trabalho.

O policial militar faz parte da sociedade e, como cidadão, compartilha com ela as suas angústias, decorrentes do aumento da violência, da criminalidade e da falta de segurança. Entretanto, representa também a institucionalização da violência, pois, no entendimento de Weber (2004), ele é a mão armada do Estado, que detém o monopólio da violência na sociedade.

O conceito weberiano de estado envolve, pelo menos, três componentes essenciais: monopólio legítimo da violência, dominação e território. O estado moderno é justamente a comunidade política que expropria dos particulares o direito de recorrer à violência como forma de resolução de seus conflitos (pouco importando aqui a natureza ou o objeto que os constitui). Na sociedade moderna, não há, por conseguinte, qualquer outro grupo particular ou comunidade humana com "direito" ao recurso à violência como forma de resolução de conflitos nas relações interpessoais ou intersubjetivas, ou ainda nas relações entre os cidadãos e o estado. (ADORNO, 1993, p. 8)

O Estado moderno reclama para si um elemento fundamental para a conservação do seu poder - o monopólio legítimo do uso da coerção física, da violência em prol da manutenção da ordem – e, dessa forma, determina se

outras associações, além dele, podem exercer o uso da coerção física, da violência em prol da manutenção da ordem. (WEBER, 2004)

No passado, as associações mais diversas – começando pelo clã – conheciam a coação física como meio perfeitamente normal. Hoje, o Estado é aquela comunidade humana que, dentro de determinado território – este, o “território”, faz parte da qualidade característica -, reclama para si (com êxito) o monopólio da coação física legítima, pois o específico da atualidade é que todas as demais associações ou pessoas individuais somente se atribui o direito de exercer coação física na medida em que o Estado o permita. Este é considerado a única fonte do “direito” de exercer coação. (WEBER, 2004, p. 525-526)

Assim, ser policial é estar capacitado e legitimado a estar na rua com um distintivo e uma arma, e isso, muitas vezes, acaba fazendo com que ele seja utilizado pela sociedade, em detrimento da falta de segurança e de policiamento, a exercer mais uma extensão da sua profissão: os “bicos” de segurança.

Portanto, o policial vivencia uma contradição entre ser protegido (como cidadão) e proteger (como profissional), sujeito a constrangimentos opostos, quando a mesma sociedade produz a violência, sofre com ela e busca a sua repressão. Apesar de ser cidadão, o Estado o requisita em sua função de policial, sendo depositário da satisfação pela resolução de conflitos com a lei e da insatisfação quando essa resolução resulta em violência.

A mídia jornalística tem falado sobre quanto a profissão de policial militar está sujeita a um alto nível de estresse, o que a coloca entre os primeiros do *ranking*. Os fatores mais relacionados dizem respeito, de um lado, à natureza do trabalho, de enfrentamento de situações agressivas de descontrole que muitas vezes resultam em morte e, de outro, às precárias condições materiais e organizacionais disponíveis para viabilizá-lo. Tal situação tem levado a iniciativas por parte das polícias militares de alguns estados de propor programas e projetos para atendimento a policiais acometidos por problemas de saúde decorrentes de estresse.

Em outros estados do país vêm ocorrendo várias pesquisas sobre o tema de transtornos mentais decorrentes do estresse nas corporações de policiais militares. Em Pernambuco foi pesquisada a presença do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) entre pacientes que procuraram o ambulatório de psiquiatria numa população de risco vinculada ao sistema de saúde da Polícia Militar, estudando suas características clínicas e sociodemográficas. (CÂMARA FILHO, 1995)

As características predominantes que auxiliaram na identificação de um perfil dessa população foram homens com idade aproximada de 34 anos, militares de baixa patente, casados e com renda familiar *per capita* inferior a dois salários mínimos. Além disso, foram vítimas diretas do evento traumático e tinham história prévia de um ou mais traumas anteriores. Comorbidade psiquiátrica esteve presente em 53% da amostra estudada, sendo significativamente mais frequente nos pacientes com evolução mórbida superior a dois anos; 40% dos casos já haviam procurado atendimento psiquiátrico anteriormente, e esse diagnóstico não havia sido considerado.

Observam Tessele e Leite (2004) que uma pesquisa feita no Rio Grande do Sul aponta quatro agentes provocadores de estresse nos policiais militares: o salário baixo, a falta de habitação, alimentação precária e a falta de exercícios físicos.

Outros autores também relatam como o lidar com o perigo de forma constante tem adoecido o profissional de segurança pública. Mazzoni (2004), diretora do Programa de Apoio Psicológico do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo (Proap) argumenta:

[...] Não há estresse na indústria que se possa comparar com a gravidade de estresse que envolve cuidar de doentes, feridos e lidar com vítimas e seus familiares em momentos de crise emocional. Profissionais especialmente os de emergência, estão propensos a encontrar situações extremamente estressantes no decorrer do seu trabalho [...]. (MAZZONI, 2004, p. 1)

Nesta pesquisa, as situações mais estressantes são chamadas de incidentes críticos de estresse e incluem algumas das situações abaixo:

- ameaça de violência física, de vítimas violentas;
- mortes traumáticas e qualquer situação grave que envolva crianças;
- morte de membros da equipe;
- ferimentos sérios ou doenças como resultado das atividades de emergência;
- suicídio de colega de trabalho;
- situações longas com resultados negativos.

São apontados ainda fatores ligados às intervenções: o fato de enfrentar uma situação nova que exija decisões rápidas sem espera, internações em lugares críticos, dificuldade de assimilação de alguns sentimentos no momento da ocorrência. A autora ressalta também que esses são momentos críticos que podem provocar reações emocionais muito fortes nas equipes de emergência e interferir no exercício de sua função, seja no momento da ocorrência, seja mais tarde.

Margis (2003), pesquisadora do Laboratório de Psiquiatria Experimental do Centro de Pesquisa do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, mostra as várias comorbidades que podem ocorrer conjuntamente ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático: transtorno de ansiedade, uso de substâncias psicoativas, transtorno de humor, tentativa de suicídio, transtorno dissociativo e somatoforme. Em sua pesquisa, a autora ainda informa que os entrevistados eram 54 pacientes encaminhados ao ambulatório de psiquiatria devido à presença de história de evento traumático severo, dos quais 81% apresentaram pelo menos um evento traumático. Dezesete pacientes apresentaram sintomas de TEPT e doze preenchem o critério para o transtorno, segundo o DSM III-R. No entanto, de acordo com os registros clínicos, apenas um paciente havia recebido o diagnóstico correto.

Assim, os dados apresentados apontam a necessidade de maior conhecimento e divulgação sobre o TEPT ao lado da adoção de medidas específicas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, por ora inexistentes, sendo os policiais militares sujeitos importantes a esses transtornos.

No Espírito Santo existe a Lei 6130, publicada no Diário Oficial Estadual de 09/02/2000 (ESPÍRITO SANTO, 2000), que dispõe sobre o acompanhamento psicológico a profissionais da segurança pública e diz:

Art.1º - Todo Policial Militar, Civil ou do Corpo de Bombeiros Militar que, no exercício de suas funções, envolver-se em ocorrências que resultem em morte de outro militar ou civil, será submetido a acompanhamento psicológico adequado;

Art.2º - O acompanhamento do policial somente poderá ser realizado por psicólogo clínico;

Art. 3º - As orientações do psicólogo deverão ser rigorosamente seguidas pelo Policial sob acompanhamento, sob pena de falta disciplinar e

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Chama a atenção que, nessa instituição, o acompanhamento clínico-psicológico, que tem como tradição a demanda espontânea, também é possibilitado como dever hierárquico e seu descumprimento implica sanções.

Além disso, a PMES conta com o Programa de Acompanhamento Psicológico (Prapsi), da Diretoria de Promoção Social da PMES, que prevê um atendimento psicológico para policiais militares que se envolvem em ocorrências traumáticas.

Ao ingressar na Polícia Militar, o sujeito não tem mais posse do seu corpo; ele passa a pertencer à corporação, torna-se um corpo em ação comandado por seu superior hierárquico. Esse corpo, primeiramente é avaliado de forma biopsicossocial: a avaliação cognitiva, os testes de saúde física, exames médicos e avaliação psicológica ou teste psicotécnico.

Entretanto, quando se torna policial militar, passa a ser avaliado somente com testes físicos. Caso seja promovido ou faça algum curso, as avaliações médicas são feitas, inicialmente, de dois em dois anos e, depois, de quatro em quatro anos. A avaliação psicológica não é mais necessária, nem mesmo é prevista, nos exames médicos obrigatórios, a consulta ao psiquiatra ou ao psicólogo.

Observamos, assim, que, apesar das reconhecidas características estressantes da profissão, há um progressivo afastamento das questões

relacionadas à esfera psicológica desses profissionais, contrariamente ao que seria esperado.

Dessa forma, a questão que instigou este estudo foi a seguinte: considerando a característica estressante da profissão, como os policiais militares do Espírito Santo têm sido tratados pela instituição quando são diagnosticados como portadores de transtornos mentais? Que recursos são oferecidos (ou não) pela instituição para tratamento desses policiais?

Mais recentemente, foi reunido um grupo de trabalho, com representantes de praticamente todos os estados do Brasil, para elaboração das diretrizes de um plano nacional de qualidade de vida pra os servidores de segurança pública, do projeto qualidade de vida/DEPAID/Senasp/MJ, do qual participamos como representante dos Projetos Psicossociais da Secretaria de Segurança Pública do Espírito Santo, que fundamentou o Guia de Ações do Projeto de Qualidade de Vida da Secretaria Nacional de Segurança Pública – Ministério da Justiça.

A proposta do Programa Nacional de Segurança Pública e Cidadania (Pronasci), quanto à segurança pública, não está relacionada ao aumento da repressão, e os recursos destinados ao Estado não visam comprar armas, coletes e viaturas – o chamado tripé da segurança pública. Atualmente, o programa de melhoria de qualidade de vida dos profissionais de segurança pública tenta estabelecer diretrizes para os atendimentos psicossociais da segurança pública em todo o Brasil. É uma proposta que busca dar retorno à população perante profissionais de segurança pública bem mais preparados, tanto durante a sua formação quanto no decurso de sua carreira, integrada à comunidade de forma satisfatória e saudável para ambos os lados (VASCONCELOS, 2011).

A relevância desta pesquisa na área de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local emerge da possibilidade não só de gerar recursos para a promoção e prevenção de saúde mental dos profissionais de segurança pública no Espírito Santo como também de enriquecer a produção científica acerca dos processos de promoção da saúde mental, bem como prevenção e tratamento de

transtornos mentais, pois permitirá ampliar os horizontes de um cotidiano que, muitas vezes, fica estagnado pela rotina das atividades diárias, não permitindo espaço para o estudo.

Num nível mais imediato, esta pesquisa poderá nortear e subsidiar os projetos preconizados pelo Pronasci que visem à promoção da saúde mental dos profissionais de segurança pública no Estado do Espírito Santo, único Estado da Região Sudeste que ainda não foi contemplado.

2 OBJETIVOS

Os objetivos foram divididos entre geral e específico.

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a trajetória institucional dos policiais militares lotados no município de Vitória-ES, afastados do trabalho por problemas de saúde mental por mais de quinze dias, em 2010, no que se refere à atenção à saúde e situação funcional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as políticas públicas dirigidas aos profissionais de segurança pública quanto às possibilidades de proteção e atenção à sua saúde mental.

Traçar o perfil dos policiais militares afastados do trabalho por problemas de saúde mental por mais de 15 dias, em 2010, quanto às características demográficas, funcionais e referentes ao tratamento e ao afastamento.

Analisar possíveis desfechos na trajetória institucional pelo prisma da incapacidade para o trabalho.

3 POLÍCIA, POLÍTICA E SAÚDE

Nas relações entre saúde e sociedade, polícia, política e saúde estão juntas, pelo menos desde a emergência de concepções e práticas que constituíram a medicina social na Europa dos séculos 18 e 19 (FOUCAULT, 1985). A política de saúde buscou organizar a sociedade, controlando-a para torná-la mais produtiva e gerar riquezas. Para isso, era necessário mantê-la saudável, o que ocorreu por meio de medidas higienistas em que, muitas vezes, foi utilizado o poder de polícia do Estado.

Por outro lado, o policial militar, como cidadão oriundo dessa sociedade, se sujeita às mesmas condições desiguais possibilitadas pelas políticas de saúde. No entanto, para servir à corporação, deve ser saudável (condição para sua seleção) e manter-se assim. À instituição cabe propiciar a manutenção de sua saúde.

Um interessante registro histórico, encontrado no jornal As Trincheiras das Mantiqueiras, mostra que, desde a revolução constitucionalista de 1932, que visava à derrubada do governo provisório de Getúlio Vargas, a força pública militar tinha oficiais médicos em seus corpos de comando:

Os oficiais médicos e seus auxiliares, que serviam em diversas Unidades da Força Pública na Serra da Mantiqueira, visitavam diariamente as trincheiras. Tinham uma dupla jornada de trabalho: ora estavam nas barracas, ora nas linhas de frente. Os feridos mais graves eram encaminhados para o Trem Hospital, para Passa Quatro e para o Hospital Militar, em Belo Horizonte. O Trem Hospital produziu 54 operações, com 51 feridos registrados. No dia em que o Chefe do Serviço de Saúde chegou de Belo Horizonte pode observar 7 laparotomias, sendo 5 por projéteis, uma por ferimento perfuro-cortante e outra por apendicite. Dessas, 4 foram praticadas pelo Dr. Juscelino Kubitschek. Em seu relatório final, o Tenente Coronel A. Magalhães Goés – Chefe do Serviço de Saúde da Força Pública teceu os seguintes elogios ao Capitão Dr. Juscelino Kubitschek: Cirurgião do Hospital de Passa-Quatro – temperamento de slavo, calmo, modestíssimo, em extremo disciplinado, resistência de aço para, num só dia, socorrer mais de 40 feridos, sem se esfaltar, foi a grande revelação do Serviço de Saúde. Mostrou-se um ótimo cirurgião, um improvisador de meios para uma boa assistência aos grandes feridos de guerra, com impecável educação, inteligência e maneira discreta. O seu elogio pode ser resumido, transportando-se para aqui o pedido dos oficiais do Exército que, ao partirem para a frente, solicitavam terem-no como cirurgião, no caso de ferimento em combate.

Para além da curiosidade de tratar-se de elogio a um oficial médico que viria a se tornar um presidente do Brasil, anuncia-se uma especificidade de cuidados com a saúde do militar de base fundamentalmente curativa e cirúrgica.

Daí em diante, procura-se traçar um histórico da institucionalização de um cuidado específico com a saúde dos policiais militares, no contexto de transformações socioeconômicas e políticas desenvolvidas desde então e sua determinação sobre as políticas de saúde no Brasil desde a constituição da República.

De acordo com Paim (2003, p. 588), pode-se definir política de saúde como

[...] a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

No aspecto das políticas de saúde no Brasil, no período histórico da República Velha (1889-1930), a oligarquia dominante, baseada numa economia agrário-exportadora (café, borracha, açúcar e outras matérias-primas), propunha garantir a continuidade de seu empreendimento por meio de ações de saneamento, fundamentalmente na higienização de ferrovias e portos, bem como no combate a doenças pestilências, como a febre amarela e a varíola, em áreas urbanas. Tais ações eram pontuais e realizadas de forma autoritária. (PAIM, 2003)

Entretanto, a instalação das primeiras indústrias, possibilitadas pelos excedentes econômicos gerados na economia agrário-exportadora, fez surgir movimentos reivindicatórios da nova classe de trabalhadores operários, diante das condições precárias de vida e trabalho. Diante disso e da necessidade de manter a força de trabalho industrial produzido, em 1923 é aprovada a Lei Eloi Chaves, que organizou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), possibilitando aos trabalhadores da empresa o acesso a atendimento médico garantido por contribuição descontada em seu salário (PAIM, 2003).

Assim, emerge na política de saúde brasileira a dicotomia que põe, de um lado, a preocupação com a prevenção e controle de doenças na população, de

responsabilidade da saúde pública e, de outro, ações curativas, da medicina individualizada, à época, no bojo da medicina previdenciária (PAIM, 2003).

As condições sociais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil são incrementadas com as políticas do governo de Getúlio Vargas, particularmente no período conhecido como Estado Novo (1937-1945), em que o país se abre para receber o capital estrangeiro com suas empresas. (PAIM, 2003)

Se, desde o período oligárquico, a polícia era convocada para reprimir movimentos sociais, considerados fora da ordem instituída, pondo a questão social com caso de polícia (PAIM, 2003), agora, configura-se a concepção de que, para se garantir o direito à propriedade, é necessário uma polícia armada.

O Estado Novo representou o acesso ao poder por parte de novos atores, anteriormente subjulgados pela política oligárquica agroexportadora. Considerada uma política populista, era direcionada à população urbana, principalmente à classe média e aos trabalhadores das áreas da indústria e do comércio. (PAIM, 2003)

Na carta constitucional promulgada em 1934 é definida a competência da união para legislar sobre a organização, efetivos, instrução, justiça e garantias das polícias militares, incluindo sua convocação e mobilização. Na parte que trata da *Segurança Nacional*, as Polícias Militares são definidas como forças *reservas do exército* voltadas para a *Segurança interna e manutenção da ordem*. (LIMA, 2011)

Assim, como diz Maquiavel em seu livro *O Príncipe*, ao discorrer sobre como avaliar a força do Estado, “para que o soberano possa se manter no poder é necessário pensar em montar um bom exército para a proteção da cidade e ter apoio do povo” (MAQUIAVEL, 2005, p. 75). A força militar e a máquina de funcionários públicos aumentam nesse período para assegurar todas as modificações do novo Estado, que, agora, passa a pensar em políticas que possam atingir as necessidades da coletividade por meio dos serviços públicos e ideias aproximadas ao Estado de Bem-Estar Social, como forma de compactuar com o novo modelo econômico.

O Estado utiliza as forças armadas para exercer a violência, ao qual ela está legitimada, e as Polícias Militares são definidas como *forças auxiliares e reservas do Exército*, voltadas para a *segurança interna e manutenção da ordem*, além de estar garantida pela constituição a competência da união para legislar sobre a organização, efetivos, instrução, justiça e garantias das polícias militares, incluindo sua convocação e mobilização.

As mesmas forças políticas e econômicas que legitimam o poder do governante que cria a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o Ministério do Trabalho, depõem Getúlio Vargas em 1945, que só retorna pelo voto direto em 1951. (PAIM, 2003)

No âmbito da saúde pública, ao se livrar das oligarquias regionais, Getúlio Vargas promove sua institucionalização com o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população. Silva e Pacheco (1934, p 56), no que concerne à questão de deputado constituinte de 1934, comenta:

O dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações e ganhar o necessário para o seu sustento. Para isso, o Estado deverá procurar criar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual. (PACHECO; SILVA, 1934, p. 56)

A ampliação do número de CAP teve como consequência outra organização, por meio da qual cada categoria de trabalhadores procurou uma forma de articular as questões de saúde com o trabalho, com o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) de setores, como bancários, marítimos, comerciários, servidores do Estado. (PAIM, 2003)

Configurou-se um cenário de desigualdade na assistência à saúde da população, caracterizado por trabalhadores com carteira assinada, assistidos pelo sistema previdenciário (IAP), atendimentos em consultório privado para aqueles que tinham condições financeiras e, para o restante da população, atendimento nos hospitais filantrópicos de fundo religioso. (PAIM, 2003)

O governo, então, investe pesado em educação e propaganda para combater as epidemias, o que acaba por diminuir as mortes por enfermidades epidêmicas, mas crescem as doenças de massa: esquistossomose, doença de chagas, tuberculose, doenças gastrointestinais, doenças sexualmente transmissíveis. (BERTOLLI, 2004)

Apesar da expansão da cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos e das novas técnicas no controle das endemias rurais (através de um convênio firmado com a Fundação Rockfeller, norte-americana), o Brasil permanecia como um dos países mais enfermos do continente. (BERTOLLI, 2004, p. 37)

Em 1942, o exército convoca cerca de 100 mil homens e promove rigoroso exame físico – aliás, como é feito até hoje nas corporações militares – para formar a Força Expedicionária Brasileira (FEB), para lutar na Europa, todavia, infelizmente, a maior parte dos recrutados estava debilitada. Surgem, então, reivindicações por maior investimento no setor de saúde, por mais hospitais, classificados pelas autoridades como protestos de agitadores e subversivos. (BERTOLLI, 2004)

A Política da Guerra Fria influencia a Política Brasileira e, de 1950 a 1954, com a volta de Vargas ao governo, o Projeto de Desenvolvimento Nacionalista volta ao cenário, mas composto com setores alinhados aos Estados Unidos que se organizam no Brasil (União Democrática Nacional – UDN). Porém, em 1954, Vargas comete suicídio, e a crise se instala no país. (BERTOLLI, 2004)

Em 1953, apesar da criação do Ministério da Saúde (desmembrado do anterior Ministério da Educação e Saúde) pelo, agora, democrático governo Getúlio Vargas, funcionava com déficit de funcionários e equipamentos especializados, além da ocorrência de clientelismo por parte de políticos que trocavam ambulâncias e leitos hospitalares por votos. (BERTOLLI, 2004)

Nessa época, as atribuições do Ministério da Saúde estavam voltadas para ações de prevenção e pesquisa, enquanto as medicinas curativas, assistência médica e hospitalar em geral ficaram na área do Ministério do Trabalho e Previdência Social, a cargo dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Dessa forma, a assistência médico-hospitalar vai superando as ações e

serviços de saúde pública e torna-se a base da capitalização do setor saúde, que se expande nas décadas seguintes. (PAIM, 2003)

Já desde o final da década de 40, a movimentação dos sindicatos levou o governo a rever a legislação previdenciária, pois o aumento do número de trabalhadores e dependentes dos institutos e caixas eleva também as pensões pagas que culminavam com as precárias administrações dos órgãos previdenciários. (PAIM, 2003)

Por outro lado, eram comuns longas filas de esperas no atendimento a emergências, e o setor privado começa a pressionar, por meio de empréstimos e doações do governo, para vender seus serviços à população, aos institutos de pensões e ao próprio governo. Privilégios para empresas ligadas a cargos de políticos não faltaram, e o volume de queixas de usuários também, configurando um sistema bastante variado quanto à qualidade e abrangência dos IAPs, o que levou ao estabelecimento de uma uniformização nas contribuições a serem pagas pelos trabalhadores de cada instituto. (PAIM, 2003)

Em 1955, as críticas ao governo aumentam, e ocorre, no Nordeste, a criação das Ligas Camponesas, lideradas por Francisco Julião, combatendo a fome, a doença e a exploração imposta pelos latifundiários, e a violência era a arma usada para combater tais manifestações. O Estado, então, usava da sua força policial armada para deter as manifestações que defendiam a reforma agrária e os ideais comunistas. (PAIM, 2003)

De 1955 a 1960, o governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira estabelece o Plano de Metas – 50 anos em 5 –, e isso acaba por favorecer as indústrias de base, abrindo o país para a produção de bens de consumo duráveis pelas multinacionais. Ocorre um processo acelerado de industrialização numa estratégia de substituição das importações, com forte intervenção do Estado, que investe pesado em Empresas Públicas e Indústria de Base, como Siderúrgica, Metalúrgicas, Portos, Aeroportos, Rodovias, Petróleo, Hidrelétricas, Construção Civil e Infraestrutura da Sociedade. Surge, então, na

área de atendimento médico, a primeira empresa de Medicina de Grupo, a Policlínica Central, em São Paulo, em 1960. (PAIM, 2003)

O período de democratização durou somente até 1964, quando ocorre um golpe com a instauração do governo militar e a suspensão do estado de direito. Mais uma vez a força armada é um instrumento que legitima o poder e o garante. O desenvolvimento econômico ocorre mediante a internacionalização da economia, assentado no capital nacional, Estado e capital multinacional. Consolida-se o capitalismo monopolista de Estado com a contenção (arrocho) salarial e a repressão aos opositores do regime. (PAIM, 2003)

A política de saúde privilegia o setor privado por meio da compra de serviços de assistência médica, apoio aos investimentos e empréstimos com subsídios aos empresários do setor. (PAIM, 2003)

Em 1966 ocorre a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passa a gerir recursos captados principalmente de desconto salarial dos trabalhadores, responsabilizando-se pela assistência médica e aposentadorias de trabalhadores do mercado formal de trabalho. (PAIM, 2003)

Somente em 1977 a assistência médica, apesar de continuar ligada à previdência social, passará a constituir um órgão específico, o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Essas mudanças geraram grandes inovações na assistência médica do Brasil, porém não abrangeram a totalidade da população em virtude de só atenderem aos respectivos afiliados das categorias e seus dependentes (PAIM, 2003).

Em 1967 é publicado o Decreto-Lei 317, de 13/3/1967, que cria a Inspeção Geral das Polícias Militares (IGPM), um novo órgão fiscalizador do Exército e atribui às Polícias Militares o policiamento ostensivo fardado e, em 1968, determina que os integrantes das Polícias Militares não recebam vencimentos superiores aos dos militares regulares. (LIMA, 2011)

O Ministério da Saúde começa, em 1980, o programa de ações integradas de saúde tanto nos estados como nos municípios. O Inamps continua a ser

responsável pelo atendimento médico individualizado tanto no atendimento hospitalar como no ambulatorial. Entretanto, com serviços insuficientes para o atendimento à população, a rede hospitalar privada é credenciada, e as internações passam a ser autorizadas por meio das Guias de Internação Hospitalar (GIHs). (PAIM, 2003)

Durante a década de 1980, instala-se uma crise no setor saúde, devido à insuficiência de atenção à saúde, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficiência dos serviços de saúde, para a qual não houve solução, apesar de várias tentativas institucionais de cunho racionalizado dos gastos em saúde. Concomitantemente, ampliam-se as pressões pela democratização da sociedade envolvendo diferentes setores da sociedade civil e manifestações populares. (PAIM, 2003)

No bojo dessas pressões, surge o movimento pela reforma sanitária brasileira – integrado por trabalhadores, acadêmicos, profissionais de saúde, setores populares – que, coordenado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), entidades criadas por pesquisadores e profissionais que se agregaram com base em um pensamento crítico em relação à saúde no Brasil, influenciou para que fosse proposto o Sistema Único de Saúde (SUS), por ocasião da elaboração da Constituição cidadã de 1988. (PAIM, 2003)

Contrariamente às características que o sistema de saúde no Brasil vinha tendo (hospitalocêntrico, curativo, excludente, centralizado, privatista), o SUS é resultado do preceito de que saúde é um direito de todo cidadão do país, condição que deve ser propiciada pelo Estado. Com isso, as principais diretrizes e princípios que o regeram (e ainda rege) são universalidade de acesso, integralidade do cuidado, descentralização das ações e controle do sistema por parte da população. (PAIM, 2003)

Transformado em lei em 1990, o sistema de saúde no Brasil vem sendo gradualmente implementado nos últimos 23 anos, constituindo espaço de luta política por diferentes interesses na sociedade, sendo uma das principais entre

setores privatistas e setores voltados para a ampliação do seu caráter público. Aliás, esta constitui ainda uma de suas principais contradições, porque, apesar de público, mantém a possibilidade de serviços privados, com um caráter suplementar, por meio de planos de saúde. (PAIM, 2003)

Com a capitalização dos serviços de saúde, aumentam significativamente os programas de Assistência Médico-Hospitalar Privados, que começam a compor o modelo de assistência à saúde, incentivando as Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas, que vêm suprir a queda da qualidade e das condições de assistência à saúde no setor público que, com a crise econômica, diminuiu os recursos destinados a esse setor. As seguradoras, empresas de Medicina de Grupo e Cooperativas percebem a formação desse mercado e iniciam investimentos crescentes na área, como o Seguro Saúde. (PAIM, 2003)

O Ministério da Saúde é responsável pela liberação dos recursos para pagamento da rede hospitalar privada que mantém convênio com o SUS e, por intermédio das Secretarias Estaduais de Saúde e Municipais, coordena as atividades de assistência médica preventiva e curativa. (PAIM, 2003)

Nesse cenário é que se insere o papel dos Planos Privados de Saúde e Seguro Saúde, atuando de forma a contribuir para a desoneração do Estado, mais de acordo com o modelo neoliberal do que com o que prega a filosofia do SUS, pois estes assumem o compromisso de atendimento eficiente a seus associados e segurados. (PAIM, 2003)

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POLÍCIA MILITAR

Relacionam-se, a seguir, alguns marcos da história da constituição de políticas de saúde para os policiais militares do Espírito Santo, de acordo com Loiola (2012). Tais políticas, como se verá, tiveram como característica as preocupações, de um lado, com a construção de hospital próprio para a corporação e, de outro, com aspectos previdenciários.

Ainda anteriormente à proclamação da República, cabe destacar a criação do primeiro Hospital Militar do estado, em 1799, ocupando o porão do Colégio dos

Jesuítas (atual palácio do governo estadual), dando acesso aos integrantes do recém-criado Corpo de Pedestres, embrião da PMES (LOIOLA, 2012).

Em 1832, os hospitais militares foram extintos, mas sua função foi restabelecida pelos hospitais regimentais, instalados no interior dos quartéis ou o mais próximo deles possível. É dessa data a nomeação do primeiro médico a fazer parte da PMES sem, entretanto, ser incorporado aos quadros da corporação: um cirurgião-mor para o curativo dos indivíduos da Companhia de Permanentes. (LOIOLA, 2012)

No início do período republicano, em 1904, há o registro na Assembleia Legislativa local sobre a preocupação com as condições sanitárias dos doentes mentais do Estado do Espírito Santo, sendo recolhidos às prisões públicas. Considerando ser um caso de polícia, desde o fechamento do Asilo dos Alienados da Santa Casa de Misericórdia, os loucos eram encarcerados no quartel do Corpo de Polícia. (LOIOLA, 2012)

Somente em 1925 foi nomeado o primeiro oficial originado do quadro de profissionais de Saúde (2º Tenente Farmacêutico) para exercer o cargo de Comandante Geral da PMES, tendo ocorrido, dois anos depois, uma reorganização da Corporação, ocasião em que as praças dos Serviços de Saúde do Corpo Militar de Polícia passam a integrar seu efetivo. (LOIOLA, 2012)

Em 1938 ocorre a inauguração do primeiro Hospital da Polícia Militar do ES, sendo de 1947 a estruturação do Serviço de Saúde, em uma chefia e três seções: gabinete médico, gabinete dentário, farmácia e enfermaria. (LOIOLA, 2012)

Em 1975, a Lei 2044 (ESPÍRITO SANTO, 1975) dispõe sobre a organização da PMES e institui a Policlínica da PM, com a função de planejamento, coordenação, fiscalização e controle das atividades de saúde referentes aos integrantes da corporação, bem como aos seus dependentes, subordinando-o diretamente ao Comando Geral. (LOIOLA, 2012)

Com a universalização dos direitos de atendimentos de saúde decorrente do surgimento do SUS em 1988 e o aumento do efetivo da Corporação PMES surge a ideia de ter um hospital exclusivo para policiais militares, sendo lançada a pedra fundamental do que seria hoje o HPMES, em terreno cedido em 1978 pelo então presidente da República, ainda na vigência do regime militar. Após a transição do governo militar, um arrocho salarial intenso e salários atrasados, é lançado um concurso para oficiais médicos e então, em 1994, é inaugurado o Hospital da Polícia Militar, pretendendo-se atender a todas as modalidades clínicas e todas as especialidades. Essa pretensão não teve grande êxito, pois o número de usuários era grande – policiais militares e seus dependentes – levando a dificuldades de marcação de consultas de imediato. Tudo dentro de uma política meramente assistencialista, não voltada para a prevenção em seus diversos níveis. (LOIOLA, 2012)

Em 1996 foi instituída a Associação de Saúde dos Policiais e Bombeiros Militares do Espírito Santo (ASPMBMES), sem fins lucrativos, e tinha a finalidade de auxiliar e atender às especialidades não existentes no HPM. Contudo, em 1998, o governo federal editou a Lei 9656/98, que passou a regular todas as entidades que prestavam assistência médico-hospitalar por meio da ANS, estabelecendo controle de suas atividades e os classificando como instituição sem fins lucrativos de autogestão não patrocinada, sob os mesmos rigores das empresas comerciais. (LOIOLA, 2012)

Até 1997, o Corpo de Bombeiros Militar era comandado pelo Comandante Geral da Polícia Militar, que passa, desde essa data, a ser corporação separada, embora a assistência médica oferecida pelo HPMES continuasse juntas até hoje, sendo o hospital responsável pelos exames de admissão e juntas médicas que legislam até hoje a respeito de dispensas médicas, engajamento e reengajamento, que dizem se o militar estadual está apto ou não para o serviço. (LOIOLA, 2012)

Vários programas de saúde do trabalhador foram implantados na esfera pública a partir da década de 1990 (DIAS; HOEFEL, 2005). No entanto, como pode-se observar no Espírito Santo, apesar desses programas terem um caráter de

integralidade da atenção e abordagem multiprofissional, para o militar estadual os modelos de programas de saúde oferecidos tratam apenas da doença, nos seus aspectos biológicos. No quadro de funcionários, tanto na Polícia Militar como no Hospital Militar, não constam os cargos de psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional; o atendimento oferecido nessa modalidade funciona de forma precária, com funcionários em desvio de função ou de setor e ainda dentro do modelo que trata a doença e não promove a saúde.

É preciso entender o que acontece com o militar que, simultaneamente, tem de garantir a segurança do Estado, tem de passar a maior parte da sua vida lidando com a violência, mas que não deixa de ter família nem convívio social e necessita também de qualidade de vida. Atualmente parece estar abandonado à própria sorte, pois o seu salário não lhe permite que pague um plano de saúde integral para ele e sua família. O seu hospital se encontra sucateado como muitos outros da rede pública, e as especialidades oferecidas já estão deficitárias, pois o último concurso para a área militar de saúde foi em 1994, e muitos desses vão aposentando e suas especialidades extinguindo-se com eles.

Muitos militares estaduais têm adoecido e sido afastados do exercício de sua função devido a problemas de saúde mental, entre os quais depressão, estresse, pós-traumático, dependência química, esquizofrenia, entre outros. Faz-se necessário uma Política de Promoção da Saúde mental para militares estaduais que têm no seu dia a dia confronto com a violência, desde a troca de tiro pelo policial militar até o atendimento a vítimas de acidentes com morte violenta pelos bombeiros militares.

Em 1998 surge, então, um setor dentro da Polícia Militar, a qual passa a ser dividida em diretorias, a Diretoria de Saúde, por meio da Lei 5.680, de 7 de julho de 1998, em que o quadro de funcionários da saúde acompanha as patentes, como os combatentes da Polícia Militar de coronel a cabo, com o objetivo de ocupar as instalações e oferecer serviços na área de saúde.

Dentro do HPMES funciona também a Diretoria de Saúde da PMES, que muitas vezes se confunde com a Direção do HPMES. As funções se tornam acumulativas, pois a sua sede e decisões passam pelo mesmo espaço físico. Alguns programas de atendimento na área de prevenção são instituídos na área de hipertensão arterial, tabagismo, DST e SIDA, aleitamento materno, saúde bucal e dependência química. Os outros tipos de atendimento são os do setor ambulatorial em algumas especialidades: farmácia, laboratório, raio-X, enfermarias, semi-intensivo, Centro de Tratamento Intensivo e algumas cirurgias. De acordo com o que preconiza o SUS, o hospital passa a ser reserva do Estado e disponibiliza 50% dos seus leitos para a central de vagas, ficando para o militar estadual e seus dependentes os outros 50%.

Considerando situação e acompanhando o desenvolvimento econômico da saúde, surge o plano de saúde para os militares estaduais, os quais, ao não concordarem com os descontos em seus contracheques, pedem para sair e usam os serviços oferecidos pelo SUS e os oferecidos pela Diretoria de Saúde, além de outro plano de saúde privativo.

Embora, nos quadros da Diretoria de Saúde, esteja prevista a Seção de Serviço Social, nenhum projeto social é feito por essa diretoria, ficando para a Diretoria de Promoção Social essa função.

A DPS, que também funciona, tem no seu quadro de funcionários os cargos de Assistente Social e Psicólogo, sem nunca ter aberto concurso público ou contratação temporária desde a sua criação. Atualmente esses cargos são ocupados com funcionários de outro setor e militares em desvio de função.

Outro problema relevante a políticas públicas para a saúde de militares estaduais é a constante mudança de oficiais superiores que ocupam a função de diretor da Diretoria de Promoção Social, por não ter uma diretriz exata e bem estruturada; fica sempre a critério pessoal, ou da sua formação, ou ainda do entendimento do senso comum, do que o diretor vai implementar ou não, como projeto para a melhoria de qualidade de vida do militar estadual.

Vasconcelos (2011), responsável pelo projeto de qualidade de vida para profissionais da segurança pública da Senasp – Ministério da Justiça, em artigo publicado no livro *Stress e Qualidade de Vida no Trabalho* a respeito de programas existentes na segurança pública, relata o resultado de uma pesquisa coletada em 18 estados da federação e no Distrito Federal, que visava identificar projetos relacionados à qualidade de vida e saúde coletiva.

[...] há uma grande carência de recursos humanos e de infraestrutura, considerando que muitas instituições de segurança não possuem quadro próprio de saúde e os serviços de assistência funcionam em condições precárias. Assim quando o gestor de plantão é alterado, muitas vezes o programa em andamento cai por terra e as ações são descontinuadas. (VASCONCELOS, 2011, p. 114)

Em 2007 é proposto o Programa Nacional de Segurança com Cidadania (Pronasci) que, dentre os seus quatro eixos, tem a formação e valorização dos profissionais de segurança pública. (VASCONCELOS, 2011)

Atualmente a Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp) inicia um trabalho de valorização profissional e tem buscado padronizar e integrar as ações nas diversas instituições de segurança pública. Iniciou em 2008 o Projeto Qualidade de Vida do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), criado em 2003. Devido ao Plano Nacional de Segurança Pública para o Brasil foi realizada uma pesquisa nacional de mapeamento dos programas de atenção à saúde e qualidade de vida nas instituições de Segurança Pública e concluiu que 92% possuem algum tipo de programa de atendimento biopsicossocial, mas indicam uma necessidade de aprimoramento e de apoio e uma grande carência de recursos humanos. (VASCONCELOS, 2011)

Em grande parte dos estados, os programas ainda não foram regulamentados, com a concentração de trabalhos em cima do problema já instalado “doença”. Diante desse contexto, foi montada um Guia de Qualidade de vida, visando à implementação de ações de atenção biopsicossocial no âmbito do Projeto de Segurança Cidadã, com parceria do Ministério da Justiça, por meio da Senasp, com o Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). O Projeto Segurança Cidadã tem por objetivo formular políticas públicas ligadas à

prevenção da violência e criminalidade, além da inclusão social e da igualdade de oportunidades.

O governo federal, por intermédio da Instrução Normativa nº 1, de 26 de fevereiro de 2010, do Ministério da Justiça, instituiu o projeto qualidade de vida dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários. O projeto em tela visa ao desenvolvimento e à consolidação do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci). De acordo com o art. 1º da mencionada Instrução Normativa, o projeto qualidade de vida dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários pretende implementar políticas de qualidade de vida, bem-estar, saúde, desenvolvimento pessoal, exercício da cidadania e valorização desses profissionais. Indiscutivelmente, a iniciativa do governo federal é digna de elogios visto que valoriza o profissional da área de segurança pública, reduzindo os riscos de morte e prevenindo o adoecimento no exercício de suas relevantes funções.

Em relação à previdência para os funcionários públicos estaduais no Espírito Santo, em 1910 foi criada a Caixa beneficente “Jeronymo Monteiro”, com base em lei que tinha por finalidade constituir um pecúlio para familiares de servidores falecidos. Somente em 1951, nova lei veio a determinar os benefícios previdenciários, por meio da criação do Instituto de Previdência e Assistência Jerônimo Monteiro. (IPAJM)

Entretanto, somente em 1971, através da Lei nº 2.562, de 06/02/71, os policiais militares passaram a ter direito aos benefícios do IPAJM e, nos anos posteriores, se adequaram as modificações legais e constitucionais. Entre essas, já após a promulgação da Constituição de 1988, a Lei Complementar nº109, de 18/12/1997, instituiu o Sistema de Seguridade Social dos Servidores Públicos Cíveis e Militares e seus dependentes, através de contribuição específica.

Por fim, a Lei Complementar n.º 282/2004 (ESPÍRITO SANTO, 2004) veio unificar e reorganizar o Regime de Previdência dos servidores do Estado, adequando-se às normas constitucionais, dando novo rumo ao Sistema

Previdenciário do Estado, garantindo ao IPAJM autonomia perante aos Poderes, tornando-o então gestor único do sistema de previdência dos servidores do Estado, centralizando todos os procedimentos relacionados à concessão e manutenção de benefícios previdenciários, bem como arrecadação e pagamento, investimentos e administração de fundos previdenciários. Se até essa lei complementar os servidores públicos estaduais eram regidos por um sistema previdenciário que lhes garantia aposentadoria diferenciada, após essa, foram adequados ao Regime Geral da Previdência Social.

Segundo Rosetti, (2010), a legislação atual que trata da saúde do militar estadual no Espírito Santo está constante na Portaria 495-R, de 28 de janeiro de 2010, na qual estão previstas as Instruções Reguladoras Dos Afastamentos e Inspeções de Saúde dos Militares do Estado do Espírito Santo (Irais). Tem normatizado as avaliações pela junta especializada prevista no Capítulo Xiii - Das Inspeções de Saúde para Fins Disciplinares e Processuais:

art. 70 - a inspeção de saúde para fins disciplinares e processuais tem por finalidade verificar a aptidão física e mental do militar para comparecer à instrução processual em que figure como réu ou testemunha.

art. 71 - a inspeção de saúde para fins disciplinares será executada mediante requisição fundamentada da autoridade encarregada de procedimento disciplinar e será realizada por junta militar de saúde especializada (JMSE), nomeada pelo comandante geral.

§ 1º - a perícia médica de que trata esse artigo condicionar-se-á à existência de fato gerador relevante e a existência de pelo menos uma das seguintes situações:

- i – suspeita ou registro de uso abusivo de etílicos ou uso de drogas ilícitas
- ii – tratamento psiquiátrico com ou sem internação hospitalar
- iii – vítima de traumatismo crânio-encefálico
- iv – sinais e/ou sintomas sugestivos de alienação mental e/ou distúrbios de comportamento.

O policial militar só é avaliado por um psiquiatra depois que adoeceu ou transgrediu de alguma forma.

A não implementação da instrução normativa proposta pelo Senasp/Pronasci no Estado do Espírito Santo faz que os militares estaduais estejam trabalhando sem um suporte adequado ao fim que se destinam, muitos com sofrimento psíquico, dependentes químicos e outras enfermidades.

Para uma melhor implementação dessa política, ainda falta a participação efetiva da comunidade, como um elo de divulgação e parceria, como em outros projetos do Pronasci.

Minayo e Ramos (2003) consideraram, ainda, que, além do confronto violento, da falta de lazer e das dificuldades salariais, os policiais mencionaram a interferência de interesses pessoais no âmbito do trabalho e as dificuldades do trabalho em equipe como fatores geradores de estresse. Ficou evidenciado que há realmente uma sobrecarga de trabalho para os policiais que desempenham suas atividades corretamente, que passam a ser mais solicitados, em detrimento daqueles que 'fazem corpo mole'. A hierarquia rígida, as relações com as chefias que protegem alguns funcionários e sobrecarregam outros e as retaliações que sofrem quando se recusam a agir de forma incorreta também foram referidas como fontes de tensão e de sofrimento psíquico.

De acordo com Minayo e Ramos (2003), a Organização Mundial da Saúde considera que os transtornos mentais menores acontecem em cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, enquanto os transtornos mentais mais graves atingem cerca de 5% a 10% deles. No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sobre a concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença por incapacidade para o trabalho, superior a quinze dias, e de aposentadoria por invalidez, confirmam que os transtornos mentais (com destaque para o alcoolismo crônico) ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências.

Na questão do uso e abuso de drogas, acompanhamos uma legislação caótica que não consegue nem repreender, nem tratar a dependência química, nem muito menos resolver tal situação. Dentro desse contexto encontramos o profissional de segurança pública, que tem a sua visão retalhada das drogas, crimes e ação policial. A Polícia Militar se encarrega do policiamento ostensivo e a Polícia Civil fica com o investigativo, o que impede a visão geral do problema. Permeadas a isso, temos várias apreensões que são impossíveis de

catalogar e mensurar, e muito menos saber se o Policial a entregou ou ficou para seu próprio consumo.

A fuga para paraísos artificiais tem sido uma constante em nossa sociedade; seria então uma forma compulsiva capitalista de consumo se tornar um alívio e uma forma de igualar as classes sociais. A mídia nos diz o tempo todo como nos vestir, como nos comportar, o que adquirir, construindo novas metas materialistas que talvez não tenham como retorno o que realmente se busca, a completude. Estaria esta, então, no trabalho? Afinal, dedicamos a este as melhores horas do dia e os melhores anos de nossa vida, quando temos dinheiro e estamos nos ápice de nossa força física.

4 TRABALHO POLICIAL E SAÚDE

No Brasil, pesquisadores do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008), têm desenvolvido, desde 2001, importantes estudos sobre as condições de vida e trabalho dos profissionais de segurança pública (Polícias Militar e Civil).

Entre esses, Souza e Minayo (2005) analisaram a morbimortalidade por acidentes e violências dos profissionais da guarda municipal e das polícias militar e civil do Rio de Janeiro, entre 1994 e 2004. No que concerne aos policiais militares, observaram que, no período de 2000 a 2004, o número de licenças para tratamento de saúde praticamente dobrou, sendo ligeiramente maior para os praças em relação aos oficiais; o número médio de oficiais com lesões que geraram incapacidades física parcial aumentou em 166%, enquanto, para os praças, o aumento foi de 227%; a proporção de mortes violentas tem aumentado também entre os profissionais de folga. Além disso, a maioria das mortes ocorreu entre policiais que exerciam suas funções em unidades localizadas em áreas de maior índice de criminalidade e confronto policiais, muitas vezes relativamente ao tráfico de drogas.

Minayo, Souza e Constantino (2007) estudaram a percepção de risco e vitimização dos policiais civis e militares no período de 2000 a 2004. Para isso, basearam-se no conceito de risco – considerado intrínseco e estruturante das condições laborais, ambientais e relacionais dos policiais –, cuja percepção decorre também do fato de possuírem porte de armas, o que os torna alvo potencial das agressões uns dos outros.

Na comparação com os policiais civis, os policiais militares apresentaram maior percepção de risco na atividade policial (nenhum deles se sentia isento de risco), bem como nas atividades de folga e no exercício de outras atividades profissionais (bicos), caracterizando uma vivência de imersão total na identidade profissional, que, no contexto atual de violência e insegurança, precisa ser ocultada. Quanto ao índice de vitimização dos policiais (lesões físicas ou mortes sofridas em decorrência de ação violenta) em serviço ou folga, encontraram-se 4.518 policiais mortos e feridos por todas as causas, no período estudado, dos quais 56,1% vitimados durante as folgas. A ação violenta representou 53,2% entre as causas de morte e ferimentos em 2002 e 67,1% em 2004.

Minayo, Assis e Oliveira (2011) estudaram o adoecimento físico e mental de 1.458 policiais civis e 1.108 policiais militares do Estado do Rio de Janeiro, segundo condições de trabalho e atividades profissionais, utilizando questionários anônimos. Entre os policiais militares, constataram importante ocorrência de sobrepeso e obesidade, além de dores no pescoço, nas costas ou na coluna, problemas de visão, dores de cabeça e enxaqueca.

Encontraram também 17,1% de policiais militares com lesões físicas permanentes e 21,6% com incapacidade temporária no período de um ano. Essas condições justificam o maior temor revelado por eles: o afastamento definitivo por invalidez antes dos trinta anos de serviço devido a prejuízos nas promoções. A aplicação do *Self-reporting Questionnaire* (SRQ-20) indicou que 33,6% dos policiais militares apresentavam sofrimento psíquico, índice bastante superior ao encontrado nas outras corporações. Na etapa qualitativa desse estudo, observaram que os principais fatores que afetam a qualidade de

vida e saúde dos policiais operacionais (principalmente os praças) são estes: ter dois empregos, trabalhar noite e dia, ficar 12 horas na rua tendo feito apenas uma refeição, trabalhar sob pressão, ter de ficar alerta e dormir pouco.

Rosetti (2010), chefe do Departamento de Perícias Médicas do Hospital da Polícia Militar do Espírito Santo, realizou estudo sobre as causas dos acidentes de trabalho e afastamentos de bombeiros e policiais militares, no ano de 2008, caracterizadas como ato de serviço. Entre os principais resultados, constatou que, entre as atividades desempenhadas por ocasião do acidente, 33% foram qualificadas como ocorrência (atividade operacional de segurança pública), 29% como educação física (prática de atividade esportiva no período do expediente, como atividade regulamentada na corporação), 20% como instrução (atividade de treinamento de práticas de natureza militar preparando o servidor para o cumprimento da atividade operacional) e 18% como trajeto (principalmente conduzindo moto). Com isso, destaca o caráter da atividade de trabalho do militar, que implica risco, inclusive em sua preparação e treinamento. Nesse estudo, a situação de confronto é encontrada como agente causador da lesão em 56% dos casos caracterizados como ocorrência.

Outros estudos que abordaram a saúde dos policiais militares o fizeram por meio das concepções do estresse e do sofrimento psíquico no trabalho. Para Borges (2001), esses referenciais têm sido os mais utilizados na abordagem da saúde mental dos trabalhadores, introduzindo a ideia de um estado de tensão ou de mal-estar que antecede ao surgimento de doenças, sem confundir-se com elas. Conforme disse o autor, “trata-se de um ‘estado de sofrimento’ em que o organismo se modifica numa luta para afastar o agente agressivo e manter o estado de saúde” (BORGES, 2001, p. 51).

A teoria do estresse foi proposta primeiramente por Selye (1965) como uma síndrome de adaptação geral constituída de um conjunto de reações psiconeuroendócrino-fisiológicas diante de situações que ameaçam a integridade biopsicossocial da pessoa, dividindo o estresse em três fases: alerta (estado em que o organismo se prepara rapidamente para uma ação de enfrentamento, caracterizada por sintomas, como taquicardia, tensão muscular

e sudorese), resistência (estado em que o organismo utiliza sua energia adaptativa para tentar equilibrar-se; tem-se a impressão de melhora, mas o desequilíbrio progride) e exaustão (estado em que ocorrem alterações tanto físicas como psicológicas, instalando-se processos de adoecimento, como hipertensão arterial, diabetes, ansiedade, depressão, entre outras que podem inclusive levar à morte).

Lipp (2000), ao propor um questionário que tem sido bastante utilizado, acrescentou a fase de quase-exaustão (estado inicial do enfraquecimento do organismo que não consegue se adaptar, aparecendo os primeiros sintomas de doenças, como herpes simples, psoríase, picos de hipertensão e diabete, nos que têm predisposição).

É importante ressaltar que a evolução pelas diferentes fases ocorre quando a pessoa não consegue controlar o agente estressor, frequentemente por estar fora de sua governabilidade e, dessa forma, o organismo, enfraquecido, progressivamente demonstra uma falência de enfrentamento.

Para avaliar o nível de estresse, foram realizados três estudos sobre a saúde dos policiais militares que utilizaram o Inventário de Sintomas de Stress para adultos (ISSL) (LIPP, 2000). O primeiro deles, realizado por Costa et al. (2007), com uma amostra de 264 policiais militares de Natal-RN em 2004, constatou 47,4% dos entrevistados apresentando sintomas de estresse, sendo 39,8% na fase de resistência. Dentre os que apresentavam estresse, 76% relataram sintomas psicológicos e 24%, sintomas físicos. Esse estudo buscou verificar também associações entre estresse e unidade policial, posto, sexo, hábito de beber, tabagismo, escolaridade, estado civil, idade, tempo de serviço e faixa salarial. Entretanto, foi encontrada associação estatisticamente significativa somente com o gênero, sendo maior a prevalência de estresse entre as mulheres, provavelmente devido à dupla jornada de trabalho.

Oliveira e Bardagi (2010) realizaram uma pesquisa que comparou os níveis de estresse e o comprometimento na carreira de policiais militares de Santa Maria (RS) que trabalhavam no atendimento do 190 (pelo telefone), serviços

administrativos e policiamento ostensivo. Participaram desse estudo 75 policiais militares, dos quais (70,7%) eram homens e (29,3%), mulheres. Como resultado encontraram 57,3% com sintomatologia de estresse, sendo 46,7% na fase de resistência. Apesar de os sintomas serem mais frequentes entre os homens, as mulheres apresentaram maior severidade nos sintomas. Os funcionários administrativos apresentaram maior comprometimento com a carreira do que os demais grupos, e, segundo os autores, isso vem confirmar a vulnerabilidade da atividade militar visto que, quanto maior for o risco, menor será a segurança em relação à carreira. Não se confirmou hipótese de que os homens, por se identificarem mais com a violência e a rigidez da disciplina militar, pudessem ser mais identificados com o trabalho do que as mulheres.

Dantas et al. (2010) também fizeram uma avaliação do nível de estresse em 38 policiais militares, de ambos os sexos, em uma unidade de Minas Gerais, dos quais 13% eram do sexo feminino e 87%, do sexo masculino; 16% exerciam funções administrativas e 84%, funções operacionais. Observou-se que 44,7% apresentavam alguma sintomatologia de estresse, sendo 17,6% na fase de alerta. Dos que apresentavam sintomatologia de estresse, houve predominância de sintomas físicos (64,7%) sobre os sintomas psicológicos (29,4%). A prevalência de sintomas de estresse entre as mulheres foi de 60%, enquanto, entre os homens, foi de 42%.

Esses autores argumentam que essa profissão, que é predominantemente masculina, pode exigir mais das mulheres quanto ao reconhecimento de seu trabalho, e isso pode torná-las mais vulneráveis ao estresse. Comentam também sobre a dupla jornada de trabalho e outras responsabilidades. Os policiais operacionais apresentaram maior índice de estresse com 50% na fase de resistência.

Vasconcelos (2011), responsável pelo Projeto Qualidade de Vida para profissionais de segurança pública da Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp), do Ministério da Justiça, no levantamento realizado com nove núcleos de gerenciamento de estresse estaduais, revelou que as principais fontes de estresse encontradas foram a falta de apoio institucional e

de equipamentos, o contato com morte de colegas e pessoas que não conseguiram salvar, pouco treinamento e a desvalorização da sociedade acerca de sua função.

Derenusson e Jablonski (2010) pesquisaram 111 esposas/companheiras de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, quando verificaram o impacto do trabalho policial militar sobre a família, revelando um impacto geral considerado entre leve e moderado. Os principais fatores de impacto foram o risco para o policial e o baixo salário, percebidos mais nas famílias de policiais que trabalham em serviço externo ao quartel do que entre aqueles que realizam atividades de serviço interno. Outros aspectos destacados foram o horário de trabalho (em turnos e sujeito à imprevisibilidade) e o medo de serem reconhecidos como familiar de policial militar. Apesar de não serem estatisticamente significantes, aspectos ligados ao estresse laboral, como agressão verbal, agressão física e uso do álcool, aparecem mais ligados a policiais de serviço externo. Os autores concluíram que os familiares de policiais de serviço externo sofrem um impacto maior que os do serviço interno.

Os estudos na psicopatologia do trabalho têm por base as categorias sofrimento psíquico e estratégias defensivas relacionadas à organização do trabalho, propostas por Dejours (1994). (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). Esse autor define o sofrimento psíquico no trabalho como aquele que surge quando a organização do trabalho impede que se manifeste a expressão da maneira pessoal de o trabalhador realizar o seu trabalho, gerando nele um conflito. A energia fica bloqueada, sem possibilidade de descarga, acumulando-se no aparelho psíquico, retornando para o corpo em forma de angústia, agressividade, fadiga e outras formas de somatização. Para Dejours (1994, p. 30), “a fadiga é uma testemunha não específica da sobrecarga”, que pode aumentar quando a organização do trabalho é autoritária.

Diante do sofrimento psíquico, o trabalhador utiliza então estratégias defensivas por meio das quais tenta modificar, transformar ou minimizar a percepção que tem das pressões – a sua realidade – que o fazem sofrer usando uma operação mental. Às vezes, essas estratégias são coletivas,

sendo interiorizadas como uma verdadeira ideologia da profissão, assumida por todos, mas seu impacto é singular na subjetividade de cada um quando em contato com o objeto do sofrimento. Dessa forma, pode ocorrer também a alienação, como forma de evitar o conflito, ou se confortar mediante comportamentos, tais como presenteísmo, individualismo ou competição excessiva, para não enlouquecer e estabilizar a relação subjetiva com o trabalho, adaptando-se a ele, mas sem resolver os aspectos nocivos presentes no contexto.

Em 1996, Menandro e Souza realizaram uma pesquisa na PMES depois de seu questionário ser devidamente aprovado pelo comandante geral. Tinham como objetivo identificar as percepções de policiais militares em relação ao ingresso na carreira policial, à visão da população sobre a atividade policial, a aspectos polêmicos da relação polícia-sociedade e às sugestões para a melhoria do desempenho da instituição policial. Essa pesquisa foi feita com cem policiais militares do sexo masculino (51% soldados; 16% cabos e 27% sargentos), dos quais 47% atuavam no policiamento ostensivo. Estavam na PM, havia menos de 5 anos, 29% deles; entre 5 e 10 anos, 22% e o restante, mais de 10 anos. O resultado mostrou que 48% ingressaram na PM por vocação e/ou gosto pelo militarismo, enquanto 26% citaram o desemprego. A maioria (99%) reconhece o trabalho do policial como importante para a sociedade, embora a minoria (24%) considere que a sociedade reconheça essa importância; 71% revelaram ser tratados de maneira especialmente respeitosa por parte de pessoas da comunidade.

Curiosamente e atualmente importantes, as principais sugestões apresentadas foram as seguintes: aumentar o efetivo (39%); aumentar e melhorar os recursos materiais (26%) e melhorar o treinamento dos policiais (7%). Outras sugestões consistiram na redução da carga horária de trabalho e melhor relacionamento superior/subordinado. Os autores, em suas conclusões, apontam a importância de se conhecer mais as concepções e representações dessa categoria profissional.

Moreira et al. (1999) realizaram estudo em uma Companhia do 1º Batalhão da PMES por meio de um trabalho de pesquisa/intervenção. Tiveram como objetivo principal compreender os efeitos do trabalho na saúde do policial militar, com base na Psicopatologia do Trabalho de Dejours. Foram realizadas entrevistas com 4 oficiais e 43 praças, de forma individual e grupal, sobre temas gerais. Observaram como resultado uma constância sobre alguns aspectos: o trabalhador é mal remunerado, com excessiva carga de trabalho, os equipamentos utilizados estão em condições precárias e a hierarquia é considerada abusiva.

Os autores observam a existência de defesas coletivas, como a apologia ao discurso da adrenalina, como justificativa do esforço desmedido, sem levar em consideração os riscos à sua vida. Ainda percebem o discurso da naturalização da morte em que matar ou morrer é algo natural e função da polícia. Concluem que a presença de sofrimento psíquico é agravado pela ausência de espaços para a escuta dos policiais, percebem a existência de ações hierarquizadas, autoritárias e abusivas, como também sugerem uma reflexão entre todos os atores da construção social diária.

Castro e Merlo (2011) realizaram uma pesquisa na Guarda Municipal de Porto Alegre, no Grupamento Especial Motorizado (GEM), em que atuavam coordenando e fiscalizando ações e programas voltados à prevenção da violência. A metodologia utilizada foi a Psicodinâmica do Trabalho, visando à compreensão da dinâmica prazer/sofrimento psíquico e reconhecimento, encontrada nas relações de trabalho. Como resultado, perceberam a falta de prescrição para o trabalho, a ausência de plano de carreira e comando, pois esse cargo é ocupado por indicação política. Encontraram também fatores referentes aos riscos inerentes à função e à responsabilização pela vida, ao assumirem funções diferenciadas que os expõem muito quando estão em situações de perigo.

O medo é considerado positivamente pelos Guardas Municipais não apenas como defesa mas também como algo ruim à medida que paralisa. Apesar de não reconhecerem, a virilidade e a técnica aparecem como estratégias

defensivas coletivas, pois lhes impediam reconhecer o próprio medo. Os autores perceberam nos relatos que eles estão descontentes com a falta de valorização, pois não são reconhecidos e, mesmo assim, são cobrados e não têm por que fazer mais, embora alguns achem que, para serem reconhecidos, teriam que fazer mais. A percepção de reconhecimento acontece quando recebem investimentos nos uniformes, postura e serviço diferenciado, o que possibilita a união coletiva e lhes dá o sentimento de serem importantes para a instituição e para a sociedade, aumentando a motivação.

Amador et al. (2002), usando o referencial teórico de Dejours, discutem a importância de políticas de saúde e segurança pública preventivas e promotoras de saúde mental do trabalhador na brigada militar. Observam como a direção e a gestão desqualificam as preocupações com o trabalho, tanto no plano econômico quanto nos planos social e psicológico. Principalmente no que diz respeito à indiferença pelo sofrimento psíquico dos que trabalham, observando a falta de reação coletiva diante da adversidade social.

Os autores ainda observam a importância do conteúdo violento do trabalho policial, o resultado da permanência desse no dia a dia, a constante pressão das responsabilidades e a consequência desses na saúde dos policiais. Ademais, constata as diferenças de gênero em relação ao estresse ocupacional, percebendo que as mulheres sofrem estressores adicionais no trabalho.

Concluem que a Organização da Polícia Militar precisa assumir a sua responsabilidade com a saúde dos policiais-trabalhadores, pois se tornou questão de saúde pública, com o aumento do sofrimento psíquico dessa categoria profissional, atingindo toda a sociedade. Para isso, sugere aumento de esforços na viabilização de ações promotoras e preventivas na área da saúde mental da Brigada Militar, buscando o investimento na contratação de profissionais das áreas das ciências humanas e da saúde e o estabelecimento de políticas públicas em saúde e segurança.

Spode e Merlo (2006), em pesquisa sobre a saúde mental de capitães da Polícia Militar, observaram que, apesar da excessiva carga de trabalho administrativo e dos perigos inerentes à profissão, encontravam também prazer, ao exercerem atividades de gestão em que aparecem espaços de criação no trabalho. De um lado, há o sofrimento que decorre das pressões disciplinares, de vigilância e de controle, inerente à organização do trabalho policial militar, pois impedem muitas vezes a criação dos vínculos de confiança, importantes para a realização do trabalho. Lembram que os capitães são oficiais intermediários que tanto comandam como são comandados. De outro lado, encontram prazer quando realizam uma operação policial com êxito.

Resumindo os achados dos estudos sobre as relações entre trabalho e saúde do policial militar, podem-se destacar as repercussões decorrentes dos riscos, ligados ao perigo à vida, considerados intrínsecos à profissão. Nesse sentido, os estudos demonstraram a escalada crescente de mortes violentas de policiais, principalmente entre aqueles de menor patente (praças) que exerciam atividades operacionais em localidades com maior índice de criminalidade, onde ocorriam confrontos com o narcotráfico. Essa condição se estende inclusive a policiais que se encontravam de folga ou exerciam bicos na área de segurança.

A expressão desses riscos se dá pelos altos índices de vitimização desses profissionais, resultando em mortes e altos níveis de lesões físicas permanentes ou incapacidade temporária, o que leva ao temor de configurar um estado de invalidez que venha a prejudicar a carreira.

Parte considerável dos estudos destaca o caráter estressante da profissão, sendo encontrados altos índices de estresse, principalmente na fase de resistência (aquela em que o organismo realiza um esforço adaptativo para se equilibrar), com sintomas físicos e psíquicos. Houve uma tendência de maiores índices entre os profissionais do sexo feminino e entre aqueles que desempenhavam funções operacionais. Entre as mulheres, houve também maior severidade dos sintomas, e as hipóteses explicativas recaíram sobre a dupla jornada de trabalho e o menor reconhecimento por tratar-se de uma

profissão majoritariamente masculina. Houve menor índice de estresse e maior identificação com a carreira entre os policiais que exerciam funções em setores administrativos, o que é compreensível, já que os que exercem funções operacionais têm maior risco de vida e, portanto, menor segurança quanto à progressão na carreira.

Quanto ao aspecto da psicodinâmica do trabalho, os estudos mostraram que há um sofrimento que decorre do medo de enfrentamento de situações de violência sem o devido reconhecimento por parte dos superiores hierárquicos e da população. Diante dele, as diferentes formas de estratégias defensivas se apoiam nas ideias de virilidade e competência técnica nos confrontos, o que os leva a desafiar os riscos e a se tornarem mais vulneráveis.

Outra expressão no perfil de morbidade dessa categoria é caracterizada por problemas, como sobrepeso/obesidade, dores no pescoço e nas costas, problemas de coluna e dores de cabeça.

Assim, percebe-se nesses estudos que a profissão de policial militar está associada a diferentes riscos e formas específicas de adoecimento, entre os quais sobressai o estresse no trabalho que, mais do que uma característica intrínseca ao trabalho, denota as condições precárias oferecidas pela organização em que este é realizado.

5 METODOLOGIA

Entende-se por metodologia “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade” (MINAYO, 2004, p. 22). Esse caminho é percorrido pelo pesquisador para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Assim, “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (MINAYO, 2004, p. 22).

Dessa forma, pode-se dizer que a metodologia deste estudo começou a ser esboçada desde a origem da pesquisadora, que, como policial militar e psicóloga, interessou-se pela temática, problematizando-a. Os conhecimentos da prática na instituição conduziram o olhar sobre o objeto a ser pesquisado e estimularam a busca de uma compreensão teórica que o qualificasse cientificamente. Esse processo continuou com a definição de objetivos e os procedimentos técnicos que possibilitaram a apreensão de dados empíricos e sua análise, confrontando as teorias e impulsionando o processo contínuo de conhecimento.

Dentro de uma instituição que tem como pilares a hierarquia e a disciplina, tomadas como critério de conduta normal de seus integrantes, um caminho possível para analisar a trajetória institucional dos policiais militares afastados do trabalho por problemas de saúde mental, foi por meio do estudo da forma como são registradas situações de anormalidades em relação à saúde, traduzidas num CID no prontuário médico.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Inicialmente, este estudo foi pensado como um estudo epidemiológico observacional com desenho de coorte histórica, baseado em dados registrados em prontuário médico. O estudo epidemiológico observacional visa estudar a distribuição de agravos à saúde e seus determinantes em populações, na forma em que se apresentam no cotidiano.

As variáveis estudadas foram cargo, função, sexo, idade, tempo na PM, local de trabalho, CID, comorbidades, afastamentos, internações e situação funcional.

Como os dados de prontuários médicos são inseridos progressivamente com o tempo, permitiram que algumas variáveis fossem estudadas de forma retrospectiva, a saber: data do primeiro afastamento por problemas de saúde mental, data da coleta dos dados (2010) e desfecho atual (2012). Dessa forma,

o desenho poderia ser caracterizado como uma coorte histórica. (PEREIRA, 2000)

A coorte clássica é prospectiva à medida que determina primeiro a causa (ou variável antecedente) para somente verificar possíveis consequências (variável desfecho) no futuro. No caso da coorte histórica, apesar de os dois tipos de variáveis serem coletados retrospectivamente, a análise é realizada considerando o princípio dos estudos de coorte, do antecedente em relação ao desfecho. Neste estudo, a variável desfecho foi a situação funcional atual – ativa ou reserva.

Entretanto, tendo em vista o número relativamente pequeno da população estudada (25 policiais militares constituíam o universo populacional), não seria possível realizar análises estatísticas que pudessem generalizar os resultados. Dessa forma, considerou-se mais apropriado classificar o tipo de estudo como série de casos, no qual, do ponto de vista populacional, são examinados relativamente poucos casos (entretanto, convencionou-se, na prática, serem mais de 10). (PEREIRA, 2000)

Estratégia muitas vezes utilizada para estudar a história natural das doenças, aqui a utilizamos para abordar a trajetória institucional de policiais militares afastados do trabalho. Nesse tipo de estudo, busca-se detalhar eventos e fatores que possam estar relacionados a possíveis desfechos e, desta forma, levantar hipóteses explicativas.

5.2 CENÁRIO

O cenário do estudo é constituído pela PMES, que, conforme a tabela 1, no município de Vitória-ES, em 2010, tinha um efetivo de 2.944 policiais, distribuídos em setores operacionais e administrativos, tais como: 1º BPM, BPTran, BME, ROTAM, Cia Pol Gda, CPO-M, QCG, CCS AJ Geral e DS.

Tabela 1 – Distribuição do efetivo de policiais militares por unidades em 2010, Vitória-ES, 2010.

OPM	PREVISTO			EXISTENTE				
	Oficial	Praça	Total	Oficial	Praça Especial	Praça	AL. Of.	TOTAL
1º BPM	31	734	765	25	0	545	0	570
BPTRAN	26	289	315	18	0	208	0	226
BME	25	339	364	18	0	223	0	241
ROTAM	21	234	255	12	0	163	0	175
CIA P	4	131	135	3	0	142	0	145
GUARDA								
CPO-M	28	408	436	33	0	327	0	360
QCG	147	0	147	193	1	0	0	194
CCS/AJD	1	446	447	0	0	591	0	591
GERAL								
DS	160	438	598	116	0	0	326	442
TOTAL								2944

Fonte: Diretoria de Pessoal da PMES.

Observamos que o efetivo previsto era de 3.462 policiais, existindo somente 2.944. Essa redução é mais acentuada no 1º BPM, principal unidade operacional, e na DS. Por outro lado, o efetivo existente é maior do que o previsto na Cia P Guarda, no QCG e no CCS/AJ GERAL.

De acordo com o quadro de detalhamento interno da PMES, Decreto 3032-R, de 19 de junho de 2012, publicado no Boletim Geral da Polícia Militar nº 039, de 04/10/2012, disponível no site da PMES – www.pm.es.gov.br, de acesso exclusivo aos policiais militares, que determina as funções e subordinações das unidades do município de Vitória, a seguir:

- Primeiro Batalhão da Polícia Militar – 1º BPM – responsável pelo policiamento ostensivo a pé, radiopatrulhamento.
- Batalhão de Polícia de Trânsito – BPTran – polícia ostensiva de trânsito.
- Batalhão de Missões Especiais – BME – tropa especializada com companhias de Polícia de Choque, de Operações Especiais e de Operações com Cães.
- Ronda Ostensiva Tática Motorizada – Rotam – polícia ostensiva, patrulhamento tático motorizado.

- Companhia de Policiamento de Guarda – Cia Pol Gda – vinculada à Secretaria da Casa Militar do Espírito Santo, subordinada operacionalmente ao Comando de Polícia Ostensiva Metropolitana (CPOM) a serviço do governador no Palácio Anchieta.
- Comando de Policiamento Ostensivo Metropolitano – CPO-M – Escalão Intermediário de Comando, que está diretamente subordinado ao comandante geral. Sua área de articulação compreende também o 1º BPM.
- Quartel do Comando Geral – QCG – atividades, em sua maioria, administrativas. Compreende os oficiais superiores do EMG – Estado Maior Geral e os oficiais das seguintes diretorias:
 - Diretoria de Pessoal
 - Diretoria de Tecnologia da Informação
 - Diretoria de Finanças
 - Diretoria de Apoio Logístico
 - Diretoria de Promoção Social
 - Diretoria de Inteligência, Diretoria de Ensino e Instrução
 - Corregedoria Geral
 - Diretoria de Comunicação Social
 - Diretoria de Transporte
 - Diretoria de Direitos Humanos e Polícia Interativa

Companhia de Comando de Serviço da Ajudância Geral – CCS AJ Geral: é composta por um oficial comandante da companhia e pelos praças pertencentes às Diretorias do QCG.

Diretoria de Saúde, situada no Hospital da Polícia Militar – DS.

5.3 SUJEITOS

Foram incluídos na coleta todos os policiais militares que tinham como sede de trabalho o município de Vitória, afastados do trabalho pela Junta Médica de

Saúde devido a problemas de saúde mental por mais de 15 dias, no ano de 2010.

5.4 INSTRUMENTO

Para facilitar a coleta de dados, foi elaborada uma planilha (apêndice A), na qual constaram os seguintes dados: sexo, idade, tempo de serviço, local de trabalho, situação funcional (ativa e reserva), serviços de saúde utilizados (pronto atendimento, enfermaria de psiquiatria, consulta com psiquiatra e consulta com psicólogo), CID (Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão), data do primeiro afastamento por problema de saúde mental, número de afastamentos por mais de quinze dias em 2010, total de dias afastados em 2010.

5.5 PROCEDIMENTOS DE CAMPO

O ponto de partida do estudo foi a leitura dos Boletins Internos da Diretoria de Saúde (BIDS), em que são publicados os nomes dos policiais militares afastados do trabalho, por serem considerados temporariamente incapazes para o serviço militar, pela Junta Médica de Saúde da PMES. Esses BIDS são acessados por todos integrantes da corporação por meio de senha pessoal de acesso à intranet institucional, e, dessa forma, passam a ser de conhecimento de todos. Os dados disponibilizados são patente (sd a cel.), corporação, nome, RG, unidade de trabalho (setor) e período de afastamento.

Foram colhidos somente os dados de afastamentos, ocorridos no ano de 2010, dos policiais militares que pertenciam a unidades com sede no município de Vitória-ES (1º BPM – Primeiro Batalhão da Polícia Militar; BPTran – Batalhão de Polícia de Trânsito; BME – Batalhão de Missões Especiais; ROTAM – Ronda Ostensiva Tática Motorizada; Cia Pol Gda – Companhia de Policiamento de Guarda – a serviço do Governador no Palácio Anchieta; CPO-M – Comando de Policiamento Ostensivo Metropolitano; QCG – Quartel do Comando Geral; CCS AJ Geral – Companhia de Comando de Serviço da

Ajudância Geral; DS – Diretoria de Saúde, situada no Hospital da Polícia Militar – HPMES). Com isso, encontrou-se a quantidade de afastamentos do trabalho durante o ano de 2010.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e autorização do diretor do Hospital e dos chefes dos setores de Junta Médica e Arquivo, obteve-se a informação sobre os policiais afastados do trabalho no período estudado que tinham diagnósticos classificados pelo CID como transtornos mentais e comportamentais.

Assim, foi iniciada a leitura minuciosa desses prontuários e seus anexos, utilizando-se do formulário elaborado para a coleta de dados (apêndice A). Em seguida, os dados foram lançados em uma planilha de *Excel*, constituindo um banco de dados, para posterior análise.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi feita utilizando-se métodos de estatística descritiva: para as variáveis quantitativas, foram calculados a média e o desvio padrão; para as variáveis categóricas, utilizou-se de gráficos e tabelas de distribuição. Considerando que os afastamentos por mais de 15 dias correspondem àqueles relacionados a transtornos mentais mais graves, foi possível calcular uma estimativa de prevalência de transtornos mentais graves através do número de afastamento dividido pelo número de militares lotados. Esse cálculo pode ser feito também para cada local de trabalho. Os dados foram comparados com outros estudos publicados na literatura especializada e analisados à luz da epidemiologia, considerando-se o aporte teórico construído para a pesquisa. Essa explanação permitiu uma discussão a respeito da forma e comportamento da trajetória dos afastamentos que culminaram para a ida para reserva ou sua permanência na ativa, apesar da morbidade e quantidade de dias afastados do trabalho.

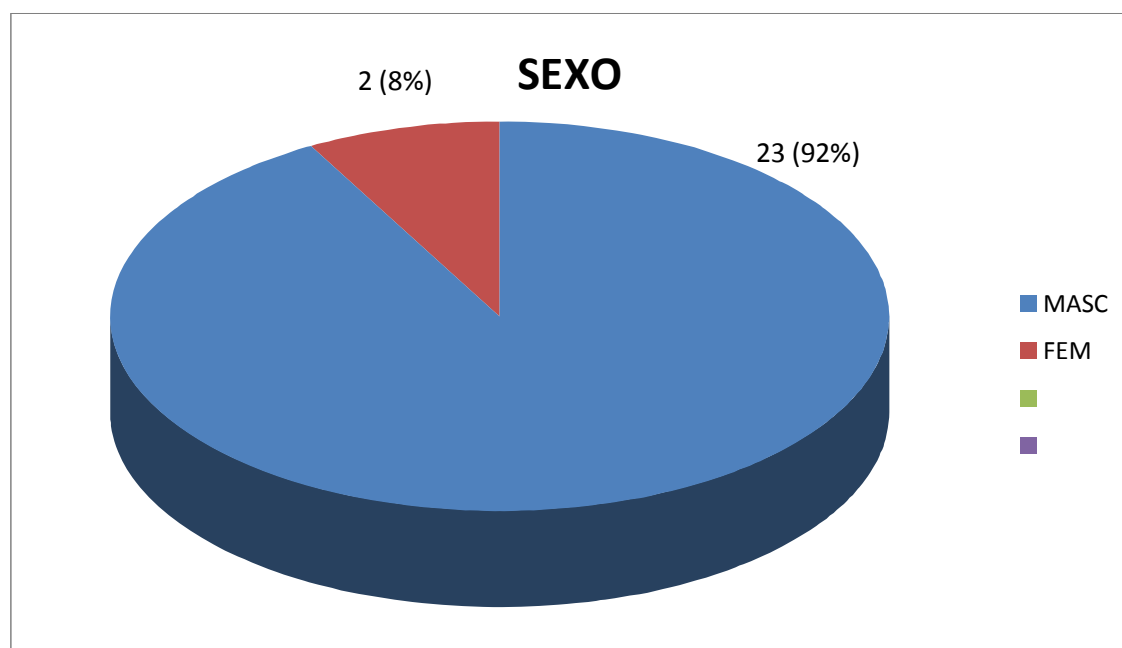
5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Emescam, sob nº 149/2011, com a anuência da Diretoria de Saúde da Polícia Militar, que funciona no Hospital da Polícia Militar, e posterior autorização pelo comandante geral da PMES.

6 RESULTADO E ANÁLISE

O gráfico 1 e a tabela 2 apresentam características demográficas dos policiais militares pesquisados, afastados do trabalho por mais de 15 dias, por problemas relacionados à saúde, em relação a sexo e idade.

Gráfico 1 – Distribuição dos policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo o sexo, Vitória-ES, 2010.



Fonte: A autora.

O gráfico 1 mostra que a maioria dos pesquisados (92%) são do sexo masculino. Em relação ao total de policiais da corporação, segundo o Departamento de Pessoal da PMES (fonte SIARHES/PMES), o percentual de efetivo do sexo masculino em 2010 era de 87,4%.

A média de idade dos pesquisados foi de 42,6 anos, com o desvio padrão de 4,77 anos. De acordo com a tabela 2, encontraram-se 72% dos pesquisados na faixa etária entre 35 e 45 anos.

Tabela 2 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo a faixa etária, Vitória-ES, 2010.

Faixa etária	N	%
35 a 40 anos	10	40
41 a 45 anos	08	32
46 a 50 anos	05	20
51 a 55 anos	02	08
Total	25	100

Fonte: A autora.

Dentre os pesquisados, a média de tempo de serviço na PMES foi de 20,2 anos (desvio padrão = 2,83 anos). A tabela 3 mostra que a maioria (80%) já passou de 15 anos, ou seja, encontrava-se na metade da carreira de 30 anos.

Tabela 3 - Distribuição de Policiais Militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo o tempo de serviço na PMES, Vitória-ES, 2010.

TEMPO NA PM	N	%
11 a 15 anos	5	20
16 a 20 anos	07	28
21 a 25 anos	09	36
26 a 30 anos	04	16
Total	25	100

Fonte: A autora.

As tabelas 4 a 6 apresentam a situação funcional dos policiais militares pesquisados, caracterizada pela lotação em 2010 e situação atual.

Tabela 4 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo lotação em 2010, Vitória-ES, 2010.

LOTAÇÃO EM 2010	N	%
PRIMEIRO BATALHÃO	12	48
DIRETORIA DE SAÚDE	4	16
CCS	4	16
BANDA DE MÚSICA	1	4
EMG	1	4
CIA P GUARDA	1	4
CPOM	1	4
BPRV	1	4
Total	25	100

Fonte: A autora.

Ao analisar a tabela referente ao local de trabalho, percebemos que 56% dos pesquisados desempenham sua função em local de trabalho operacional, como no Primeiro Batalhão, no CPOM e no BPRV. Nos demais setores, somente desempenham função operacional esporadicamente, ao fazerem escala extra ou policiamento de verão.

A tabela 5 mostra a estimativa de prevalência de transtornos mentais graves entre policiais militares, segundo lotação em 2010.

Tabela 5 – Estimativa de prevalência de transtornos mentais graves entre policiais militares, segundo lotação em 2010, Vitória-ES, 2010.

Local	Efetivo em 2010 (nº)	Afastados em 2010(nº)	Prevalência (%)
1º BPM	570	12	2,1
CCS AJ GERAL	591	6	1,0
DS	442	4	0,9
CIAP GUARDA	145	1	0,6
BPRV	226	1	0,4
CPOM	330	1	0,2
TOTAL	2334	25	0,1

Fonte: A autora.

Os dados confirmam que houve uma maior prevalência entre aqueles lotados no 1º BPM (2%), com um índice que foi o dobro dos demais locais. Nesta unidade, operacional como atividade-fim, os policiais estão mais expostos às situações de violência durante o desempenho da sua função.

A tabela 6 mostra a distribuição dos pesquisados segundo lotação em 2010 e faixa etária.

Tabela 6 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo lotação em 2010 e faixa etária, Vitória-ES, 2010.

Local	35 - 40 anos	41 – 45 anos	46 – 50 anos	51-60 anos	Total
Banda de Música		1			1
EMG	1				1
Cia P Guarda	1				1
BPRV			1		1
CCS	2	1	1		4
CPOM		1			1
DS		1	2	1	4
1º BPM	6	4	1	1	12
Total	10	8	5	2	25

Fonte: A autora.

Observa-se que a maior proporção de policiais militares afastados na faixa etária mais jovem (35 anos a 40 anos) se encontra no 1º BPM (60%). Por outro lado, a maior proporção de policiais nas faixas etárias mais avançadas (46 anos a 60 anos) encontra-se na DS (42,9%).

Tabela 7 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias segundo a situação atual, Vitória-ES, 2010.

SITUAÇÃO ATUAL	N	%
ATIVA	13	52
RESERVA	12	48
Total	25	100

Em relação à situação atual, observa-se que aproximadamente metade dos pesquisados se encontra na reserva.

As tabelas 8 a 12 mostram a distribuição dos pesquisados segundo situação funcional atual, estratificados por sexo, faixa etária, tempo de serviço na PM e local de trabalho.

Tabela 8 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo situação atual e sexo, Vitória-ES, 2010.

Sexo	Ativa	%	Reserva	%	Total	%
Masculino	12	92,3	11	91,7	23	92
Feminino	1	7,7	1	8,3	2	8
Total	13	100	12	100	25	100

A tabela 8 mostra que a proporção de mulheres e homens se mantém tanto entre os que passaram para a reserva e os que permanecem na ativa.

Tabela 9 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo situação atual e faixa etária, Vitória-ES, 2010.

Faixa etária	ATIVA	%	RESERVA	%	TOTAL	%
35 a 40 anos	9	69,2	1	8,3	10	40
41 a 45 anos	4	30,8	4	33,3	08	32
46 a 50 anos	-	-	5	41,7	05	20
51 a 55 anos	-	-	2	16,7	02	08
Total	13	100	12	100	25	100

Fonte: A autora.

A tabela 9 mostra que a faixa de idade de 46 anos a 50 anos não se encontram mais na situação de ativa, ou seja, todos são reformados.

Tabela 10 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo situação atual e tempo de serviço na PMES, Vitória-ES, 2010.

TEMPO NA PM	Ativa	%	Reserva	%	Total	%
11 a 15 anos	3	23,0	2	16,7	5	20
16 a 20 anos	5	38,5	2	16,7	07	28
21 a 25 anos	5	38,5	4	33,3	09	36
26 a 30 anos	0	0	4	33,3	04	16
Total	13	100	12	100	25	100

Fonte: A autora.

A tabela 10 mostra que os policiais na ativa estão, no máximo, com 25 anos de serviço, enquanto os que estão na reserva, condição determinada pela declaração de incapacidade, apesar de terem em média maior tempo de serviço na PM, tiveram importante proporção àqueles com 25 anos de serviço no máximo (66,7 %). Ou seja: para a maioria dos que estão na reserva, essa condição deve-se ao fato de terem passado por uma junta especializada que o considerou incapaz definitivamente, e não por terem completado o seu tempo de serviço.

Para se aposentar com vencimento integral, é necessário ter trabalhado 30 anos. Aqueles que são reformados antes de completar esse tempo têm prejuízos financeiros proporcionais, o que faz que essa condição seja evitada.

Tabela 11 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo situação atual e lotação em 2010, Vitória-ES, 2010.

Lotação em 2010	em Ativa	%	Reserva	%	Total	%
1º BPM CPOM/BPRV	08	61,5	06	50	14	56
Outros	05	38,5	06	50	11	44
Total	13	100	12	100	25	100

Fonte: A autora.

A tabela 11 mostra que a maioria dos pesquisados que se encontram na situação atual de ativa (61,5%) estão lotados nos setores operacionais: 1º BPM, CPOM e BPRV.

A tabela 12 mostra a distribuição dos pesquisados segundo a utilização de diferentes formas de tratamento de saúde.

Tabela 12 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo serviços de tratamento utilizados, Vitória-ES, 2010.

Serviços	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Consulta com psiquiatra	25	100%	0	0%
Enfermaria de psiquiatria	11	43%	14	57%
Presta	07	28%	18	72%
Consulta com psicólogo	07	28%	18	72%
Pronto atendimento	03	12%	22	88%

Fonte: A autora.

Observa-se que a consulta psiquiátrica foi utilizada por todos os pesquisados, dos quais 43% utilizaram enfermaria psiquiátrica. Além disso, 28% utilizaram o serviço do Presta e 28% utilizaram consulta com o psicólogo.

Os policiais militares que passaram pelo programa Presta, tratamento de dependência química, já tinham utilizado o serviço de Enfermaria Psiquiátrica, cinco dos quais continuam na ativa e dois estão reformados. Podemos entender que a sua doença ficou estabilizada após uma intervenção. Observamos que, em relação ao uso e abuso de álcool e outras drogas, há uma frequência de apenas 16%, com registro desse transtorno, embora encontremos, na tabela 9, a frequência de 28% dos pesquisados que passaram por programa específico de tratamento da dependência química – Presta.

As tabelas 13 e 14 apresentam a distribuição dos policiais militares pesquisados, segundo o transtorno mental relatado em seu prontuário médico, e deste com a situação atual.

Tabela 13 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo transtorno mental apresentado, Vitória-ES, 2010.

Transtornos	Frequência	%
Ansiedade	05	20
Ansiedade e depressão	04	16
Ansiedade e psicose	02	8
Ansiedade e transtorno de personalidade	01	4
Ansiedade, compulsão, álcool e outras drogas	02	8
Depressão	03	12
Depressão, tentativa suicídio	01	4
Psicose e depressão	03	12
Psicose	02	8
Álcool e outras drogas e depressão	01	4
Álcool e outras drogas, depressão, transtorno de humor, tentativa de suicídio	01	4
Total	25	100

Fonte: A autora.

A tabela 13 nos mostra que a metade dos PM pesquisados apresentava diagnóstico de ansiedade (56%), proporção semelhante àqueles que apresentaram depressão (52%). Além disso, 20% apresentaram diagnóstico de psicose e 16% de transtorno relacionado ao uso de álcool e outras drogas. Relativamente aos casos de depressões, chama a atenção o grande número de comorbidades, tais como: ansiedade (16%), psicoses (12%), utilização de álcool e outras drogas (8%) e tentativas de suicídio (8%).

Tabela 14 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo transtorno mental apresentado e situação atual, Vitória, 2010.

Transtornos	Ativa	%	Reserva	%	Total	%
Ansiedade	03	23,05	02	16,7	05	20
Ansiedade e depressão	03	23,05	01	8,3	04	16
Ansiedade e psicose			02	16,7	02	8
Ansiedade e transtorno de personalidade	01	7,7			01	4
Ansiedade, compulsão, álcool e outras drogas	01	7,7	01	8,3	02	8
Depressão	01	7,7	02	16,7	03	12
Depressão, tentativa de suicídio			01	8,3	01	4
Psicose e depressão	01	7,7	02	16,7	03	12
Psicose	01	7,7	01	8,3		8
Álcool e outras drogas e depressão	01	7,7				4
Álcool e outras drogas e depressão, transtorno de humor, tentativa de suicídio	01	7,7				4
Total	13	100	12	100	25	100

Fonte: A autora.

A tabela 14 nos mostra que, na comparação entre policiais da ativa e da reserva, o diferencial encontra-se no maior número de diagnósticos de álcool e outras drogas (23,1%) entre os primeiros e um maior número de psicoses (41,7%) entre os últimos.

As tabelas 15 a 17 mostram a distribuição de policiais militares segundo situação atual, estratificados por tempo entre o primeiro afastamento e 2010, serviços de tratamentos utilizados e total de dias afastados em 2010.

Tabela 15 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo o tempo entre o primeiro afastamento e 2010 e a situação atual, Vitória-ES, 2010.

Período	ATIVA	%	RESERVA	%	Total	%
Início em 2010	04	30,8			4	16
1 a 5 anos antes	05	38,4	04	33,3	9	36
6 a 10 anos antes	02	15,4	03	25	5	20
10 a 20 anos antes	02	15,4	05	41,7	7	28
Total	13	100	12	100	25	100

Fonte: A autora.

Observamos que o tempo do primeiro afastamento e 2010 é maior entre os que se encontram atualmente na reserva do que os que se encontram na ativa. Mais especificamente, desdobrando-se essa tabela em dois períodos, observamos que, entre os PM que iniciaram o afastamento até cinco anos antes de 2010, cerca de 70% estão na ativa, enquanto daqueles que se afastaram entre 6 anos e 20 anos, antes de 2010, somente cerca de 30% continuam na ativa.

Entretanto, considerando que dois anos ininterruptos de afastamento para tratamento conduziria a ser reformado, é provável que a maioria dos que ainda estão na ativa e iniciaram afastamento há mais de dois anos, não o fazem de forma contínua. Conforme perceberam Minayo, Souza e Constantino (2008), em relação a policiais militares do Rio de Janeiro, existia muita tensão nos pesquisados, ao relatarem a situação do tempo de licença médica e a ligação com o processo de reforma. Um dos motivos eram as perdas na dinâmica de promoção profissional, pois essa condição os impedia de participar de cursos (critério de pontuação em promoção).

Tabela 16 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo serviços de tratamento utilizados e situação atual, Vitória-ES, 2010.

Serviços	ATIVA	Proporção de uso	RESERVA	Proporção de uso
Consulta com psiquiatra	13	100,0	12	100,0
Enfermaria de psiquiatria	07	53,8	04	33,3
Presta	05	38,5	02	16,7
Consulta com psicólogo	05	38,5	02	16,7
Pronto atendimento	02	15,4	1	8,3

Fonte: A autora.

Na tabela 16, observamos que, para além da consulta com o psiquiatra, utilizada por todos os pesquisados, os demais serviços foram mais utilizados pelos que estão na ativa. Mesmo considerando que parte dos que estão na reserva apresenta patologias psicóticas, com maior comprometimento social, é provável que o fato de aqueles que estão na ativa terem acessado os serviços sugira uma menor cronicidade e melhor prognóstico. Essa hipótese pode ser ratificada pela tabela abaixo.

Tabela 17 – Distribuição de policiais militares afastados do trabalho por mais de 15 dias, segundo quantidade de dias afastado em 2010 e situação atual, Vitória, 2010.

AFASTAMENTOS	ATIVA	%	RESERVA	%	N	%
ATÉ 1 MÊS			01	8,3	1	4
1,1 ATÉ 2 MESES	04	30,7	03	25	7	28
2,1 ATÉ 3 MESES	03	23,1	0	0	3	12
3,1 ATÉ 6 MESES	03	23,1	02	16,7	5	20
ACIMA DE 6 MESES	03	23,1	06	50	9	36
TOTAL	13	100	12	100	25	100

Fonte: A autora.

Na tabela 17, observamos que metade dos que estão atualmente na reserva fica afastada mais de seis meses, enquanto relativamente aos da ativa a proporção foi de 23%.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu traçar o perfil dos policiais militares lotados no município de Vitória-ES, afastados por mais de quinze dias por problemas de saúde mental, o que os leva a ter que apresentar o seu atestado à junta militar de saúde, por problemas de saúde mental. Foi possível analisar a sua trajetória institucional desde que passou pelo primeiro afastamento até o seu desfecho, que os coloca na ativa ou na reserva.

Como exposto, a utilização do método série de casos decorreu da impossibilidade de realizar estudos epidemiológicos com poder inferencial, passíveis de generalização. Dessa forma, a análise das trajetórias institucionais dos policiais militares nos permitiu levantar hipóteses para explicação dos dados encontrados.

Os afastamentos por mais de 15 dias devido a problemas de saúde mental denotam tratar-se de transtornos mentais mais graves. De acordo com o CID-10 informado nos prontuários analisados, este estudo mostrou um perfil de morbidades em que predominam os transtornos depressivos e de ansiedade, complementados por transtornos psicóticos e transtornos relacionados ao uso de álcool ou outras drogas.

Destaca-se o fato de os pesquisados serem predominantemente homens, coincidindo com o fato de a instituição ser constituída, em sua grande maioria, por homens. Entretanto, os estudos da literatura especializada mostram que a mulher policial apresenta altos níveis de estresse devido à jornada dupla e à adaptação ao serviço tipicamente masculino, em que pese ao relativamente pequeno número de participantes. Nesta pesquisa, constatou-se que não houve maior afastamento por problemas de saúde mental entre elas, mas uma tendência a menor proporção, o que pode decorrer do fato de as mulheres terem mais cuidado com a saúde.

Quanto à idade e ao tempo de serviço, em 2010, em sua maioria já haviam passado da metade do tempo necessário para se aposentarem, característica que foi predominante mais entre aqueles que apresentaram situação de estar

na reserva, em 2012.

Tomado o afastamento do trabalho por mais de 15 dias, devido a problemas de saúde mental, como indicativo de transtornos mentais mais graves, pode-se calcular uma estimativa de prevalência desses transtornos, de 1%, não sendo possível comparar com outros estudos, mesmo em populações gerais, por diferenças metodológicas. Entretanto, para aqueles lotados no 1º BPM, a prevalência foi o dobro daquela calculada para os demais setores de lotação, o que é compreensível, considerando-se ser esta companhia a que desenvolve a principal atividade-fim da instituição, de confronto em situações de violência criminal.

Cerca de metade dos estudados havia passado para a reserva em 2012. Essa condição ocorreu principalmente entre os que tinham maior tempo de serviço, maior proporção de diagnóstico de psicose e maior tempo de afastamento durante o ano de 2010, o que pode estar revelando alguns critérios utilizados durante a perícia médica a que se submetem anteriormente à caracterização de incapacitação permanente e lotação na reserva.

Já entre os que continuavam na ativa em 2012, predominaram os mais jovens, com menos tempo de serviço como policial militar, lotados em setores operacionais como o 1º BPM, com relativamente maior proporção de diagnósticos de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, além de participarem, em maior proporção, de outras atividades no tratamento, como internação em enfermaria, o Presta e consultas com psicólogo.

Além disso, o que os dados mostraram, do ponto de vista do que contribui para estar na reserva ou ativa, é a forma como a instituição interferiu nesse processo por meio de seus regulamentos e leis, bem como a maneira como são aplicadas no cotidiano. Essa questão é motivo de tensão na corporação, conforme mostraram outros estudos, quando os policiais se sentem prejudicados na ascensão na carreira, pois, após dois anos de afastamentos ininterruptos, devem ser considerados incapazes permanentes (portadores de

“alienação mental”) e adentrar na reserva.

Este estudo mostrou que, apesar de terem diagnósticos severos de transtornos mentais e estarem numa trajetória de afastamentos por mais de dois anos, aqueles que ainda estão na ativa se mantêm nessa situação e conseguem, com isso, serem promovidos, provavelmente por não terem afastamentos contínuos por mais de dois anos.

Mesmo sabendo o que representa ser um policial militar - sociologicamente “o braço armado do Estado” - e as contradições em que vive, entre precisar de segurança e ter que ser a segurança, as políticas de saúde existentes nas áreas da saúde mental e da segurança pública, não conseguiram impedir que ele adoecesse, ou o ajudasse a lidar com o sofrimento psíquico decorrente de seu trabalho.

Viu-se, na história, que se buscou dar uma atenção ao policial militar com serviços próprios de saúde; entretanto, a questão do sofrimento psíquico e do estresse ainda continua sendo um nó para a instituição.

O Estado precisa do policial militar, tem leis e regulamentos rígidos para puni-lo quando erra, tem legislações de saúde que o enquadram como apto ou não apto para o serviço militar. Mas, no que diz respeito à questão da promoção da saúde mental, encontramos apenas uma lei que obriga que o policial seja encaminhado a um psicólogo clínico, profissional esse que nunca foi contratado ou concursado pela Polícia Militar, ou seja, é uma lei que pode ser descumprida, e, infelizmente, a pena fica também para o policial militar, que tem direito a esse atendimento, e não o recebe.

As políticas de melhoria de qualidade de vida, feitas pelo Ministério da Justiça, por meio do Senasp e Pronasci, ainda permanecem insólitas no Estado do Espírito Santo. Percebe-se um esforço na esfera federal, que vem pensando no cuidado com a saúde mental do servidor de segurança pública, enquanto, em nível estadual, tem se investido muito mais em tecnologias que são muito importantes, mas que vão precisar de um homem saudável para conduzi-las.

Uma limitação deste estudo, apesar do consentimento do Comando Geral e do Diretor de Saúde para sua realização, diz respeito aos dados disponíveis em prontuários, relativamente precários, que revelam a necessidade de um aprofundamento, também na dimensão organizacional, para que não se culpabilize somente o policial militar pelos seus problemas de saúde mental e para que se entenda que o contato com a violência, a falta de equipamentos adequados, as dificuldades no relacionamento superior/subordinado e a hierarquia rígida podem também ser geradores de sofrimento psíquico, como em algumas pesquisas relatadas neste estudo por outros autores em outras instituições.

É importante não naturalizar a violência como inerente à profissão de policial militar, na medida em que essa violência é produzida desde as condições sociais ligadas as desigualdades; a existência da polícia como braço armado do Estado; até as condições precárias para exercício de sua atividade profissional.

Por fim, deve-se considerar a importância da continuidade de estudos que coloquem o trabalho policial militar na perspectiva da saúde dos trabalhadores, pois somente assim é possível compreender e explicar a produção de práticas sociais e suas relações com processos de vida-saúde-adoecimento em sua complexidade, exigida para aqueles que pretendem enfrentar, de forma mais eficaz, os problemas que dizem respeito à violência na sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

ADORNO, S. **O monopólio estatal da violência**. São Paulo: Contemporânea, 1993.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos de Estado**: nota sobre os aparelhos ideológicos de estado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

AMADOR, F. S., et al. Por um programa preventivo em saúde mental do trabalhador na brigada militar. **Psicol Cienc Prof.**, Brasília, DF, v. 22, n. 3, set. 2002.

AS TRINCHEIRAS DAS MANTIQUEIRAS Disponível em:
<https://www.militar.com.br/modules.php?name=Historia&file=display&jid=110>>acesso em 04 de julho de 2011.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários**. São Paulo: FUNDACENTRO, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1998.

BRASIL. Instrução Normativa n. 01 de 26 de fevereiro de 2010. Institui o Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários. **Diário Oficial da União. Brasília**, DF, 12 de março de 2010.

CÂMARA FILHO, J. W. S. **Transtorno de estresse pós-traumático**: características clínicas e sociodemográficos em policiais militares e seus famílias. 1995. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) Universidade Federal Pernambuco, Recife, 1995.

CASTRO, T. C. M.; MERLO, A. R. C., Reconhecimento e saúde mental na atividade de segurança pública. **PSICO**, Porto Alegre, 42, n. 4, p. 474-80, out./dez. 2011.

COSTA M.; et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 4, p. 217-22, 2007.

DANTAS, M. A. et al. Avaliação de estresse em policiais militares. **Psicologia teoria e prática**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 66-77, 2010.

DEJOURS, C. et al. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo:

Atlas, 1994.

DERENUSSON, F. C.; JABLONSKI, B. Sob fogo cruzado: o impacto do trabalho policial militar sobre a família do policial. **Aletheia**, Canoas, v. 32, p. 22-37, maio-ago. 2010.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Segurança Pública. Estatuto da Polícia Militar. Lei 3.196/1978.

ESPIRITO SANTO, **Lei nº 6130** (acompanhamento Psicológico), publicada no Diário Oficial Estadual do Estado do Espírito santo, de 09.02.2000.

ESPIRITO SANTO, **Lei nº 5680** (efetivo da PMES), publicada no Diário Oficial Estadual do Estado do Espírito santo, de 07.07.1998.

ESPIRITO SANTO, **Lei nº 2562** (Política de seguridade social dos servidores públicos e suas famílias), publicada no diário Oficial Estadual do Estado do Espírito santo, de 01.02.1971.

ESPIRITO SANTO, **Lei Complementar nº 282/04** (Regime Próprio de Previdência dos Servidores do Estado do Espírito Santo), publicada no diário Oficial Estadual do Estado do Espírito santo, de 08.12.2010.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 495-R** (Instruções reguladoras dos afastamentos e Inspeções de saúde dos Militares do Espírito Santo), publicada no diário Oficial Estadual do Estado do Espírito santo, de 28.01.2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

LIMA, J. B. **A criação das polícias militares do Brasil**. Disponível em: <http://caixabeneficentepm.com.br/artigos.php?id_artigo=20090619095559> Acesso em: 4 jul. 2011.

LIPP, M. E. N. **Inventário de sintomas do Stress para adultos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MAQUIAVEL, N. **O príncipe**. 2. ed. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MAZZONE, J. **O stress do profissional de Emergência**. Disponível em: <<http://www.resgate.com.br/modules.php?name=News&file=print&sid=384.>> Acesso em: 05 set 2005.

MENANDRO, P. R. M.; SOUZA, L. O cidadão policial militar e sua visão da relação polícia-sociedade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 7, n. 1-2, 996.

MINAYO M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n. 04, 2767-2779, nov. 2007.

MINAYO M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. **Missão prevenir e proteger**: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C de S.; RAMOS, E. **Missão investigar**: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. I.; OLIVEIRA, R. V. C. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil), **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, abr. 2011.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R., Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, Oct./Dec. 2005.

OLIVEIRA, P. L. M.; BARDAGI, M. P., Estresse e comprometimento coma carreira em policiais militares. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 59, n. 131, p.153-66, 2010.

PACHECO E SILVA, A. C. **Direito à saúde**. São Paulo: S.C.P., 1934.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

ROSETTI, E. Acidentes com o servidor militar do Espírito Santo: análise das causas dos acidentes de trabalho e afastamentos. **Revista Preleção**, Vitória, Ano 4, n.7, abr. 2010, p.49-63.

SELYE, H. **Stress a tensão da vida**. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1965.

SILVA, E. A. T. E.; MARTINEZ, A. Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, n. 22, v. 1, p. 53-61, jan./mar. 2005.

SPODE, C. B.; MERLO, Á. R. C. Trabalho policial e saúde mental: uma pesquisa junto aos capitães da polícia militar. **Psicol Reflex Crit** [online]. 2006, v.19, n.3, p. 362-70. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300004>>

TESSELE, E.; LEITE R. A. O. **Proposta para elaboração de uma política governamental de saúde e segurança do trabalho nas instituições policiais**. Disponível em: <http://www.fenapef.org.br/htm/com_tribuna_exibe.cfm?Id=548>. Acesso em: set.2005.

VASCONCELOS, S. T. Programas de gerenciamento do estresse e qualidade de vida no trabalho na área de segurança pública. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P.; MEURS, J. M. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: stress social: enfrentamento e prevenção**. São Paulo: Atlas, 2011. p 110-26.

WEBER, M. **Economia e sociedade**: Fundamentos da Sociologia Compreensiva. 2. ed. Universidade de Brasília. São Paulo, 2004.

APÊNDICE A – Relação de dados extraídos do prontuário médico**IDENTIFICAÇÃO:**

Prontuário: PM 01

Cargo/função:

Sexo:

Idade:

Tempo na PM:

Local de trabalho:

PATOLOGIA:

CID:

Comorbidades:

Afastamentos:

Internações:

Medicações Prescritas:

SITUAÇÃO FUNCIONAL:**DADOS COMPLEMENTARES:**

ANEXO A – Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “**O Policial Militar e os Afastamentos do Trabalho por Problemas de Saúde**”, cadastrado com o No **149/2011**, do pesquisador responsável “**Maria Ângela Moura Rodrigues**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 14/12/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **14/12/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 15 de dezembro de 2011

Dr. Elisardo Corral Vasquez
Coordenador Adjunto
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

