

**SERGIO LUNARDON PADILHA – TEN.- CEL. PM MED**

**CONTROLE E PREVENÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS  
POR MEIO DA AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PERIÓDICA DO  
POLICIAL-MILITAR**

**Monografia de conclusão de curso apresentada ao Departamento de Ciências Contábeis, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de Especialista em Estratégias em Segurança Pública.**

**Orientador: Américo Augusto Nogueira Vieira,  
D. Sc**

**CURITIBA  
2007**



O Grito (no original Skrik) é uma pintura do norueguês Edvard Munch, datada de 1893. A obra representa uma figura andrógina num momento de profunda angústia. A fonte de inspiração d'O Grito pode ser encontrada na vida pessoal do próprio Munch, um homem educado por um pai controlador, que assistiu em criança à morte da mãe e de uma irmã. Decidido a lutar pelo sonho de se dedicar à pintura, Munch cortou relações com o pai e integrou a cena artística de Oslo. A escolha não lhe trouxe a paz desejada, bem pelo contrário. Munch acabou por se envolver com uma mulher casada que só lhe trouxe mágoa e desespero e no início da década de 1980, Laura, a sua irmã favorita, foi diagnosticada com doença bipolar e internada num asilo psiquiátrico. O seu estado de espírito está bem patente nas linhas que escreveu no seu diário.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha esposa Tânia que me dá o apoio necessário para o desenvolvimento do meu trabalho.

À Polícia Militar do Paraná pela oportunidade de fazer parte dela.

Ao Comandante-Geral da Polícia Militar do Paraná, Cel. Nemésio Xavier de França Filho, pela extraordinária visão profissional ao permitir a participação de policiais- militares da área de Saúde no Curso Superior de Polícia 2007.

Ao Cel. RR José Paulo Betes pela amizade e confiança em nosso trabalho.

Ao Cel. Silvio Santos de Moraes Sarmento pelo apoio na Direção do Hospital da Polícia Militar do Paraná.

Ao Ten.-Cel. Bioquímico Luiz Renato Muniz Braga pela amizade e união para que pudéssemos participar do CSP 2007.

Ao Major Cesar e Tenente Jussemara pela amizade e apoio.

À Sargento Gislaylaine e à Major Zilá pelo apoio na Direção do HPM.

A todos os Instrutores, Professores, Mestres e Doutores da UFPR, e oficiais da PMPR que se dedicaram a nos proporcionar os conhecimentos que permitiram a realização deste trabalho, e de um modo ou de outro, contribuíram para o nosso enriquecimento cultural e técnico-profissional.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBIENTAL – Batalhão de Polícia Ambiental  
BPGD – Batalhão de Polícia de Guarda  
BPM – Batalhão de Polícia Militar  
BPRV – Batalhão de Polícia Rodoviária  
BPTRAN - Batalhão de Polícia de Trânsito  
CAGE – Abreviação do termo de triagem para o abuso de substância psicoativa.  
CETE – Centro Terapêutico  
CHOQUE – Companhia de Choque  
CIA – Companhia  
CIA IND – Companhia Independente de Guarda  
CID10 – Código Internacional de Doenças 10ª Edição  
F – Transtorno Mental (CID-10)  
CPI – Comando do Policiamento do Interior  
CTP – Centro de Triagem Psiquiátrica  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
DF – Diretoria de Finanças  
DP – Diretoria de Pessoal  
DS – Diretoria de Saúde  
DSM-IV – Diagnóstico de Saúde Mental  
EM – Estado-Maior da PMPR  
EUA – Estados Unidos da América  
FASPM – Fundo de Atendimento à Saúde do Policial Militar  
JPAP – Juntas Permanentes de Avaliação Psiquiátrica  
GB – Grupamento de Bombeiros  
GREa – Grupo de Estudos do Álcool  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PMMG – Polícia Militar do Estado de Minas Gerais  
PMPR – Polícia Militar do Estado do Paraná  
RPMONT – Regimento de Polícia Montada

SADD – Avaliação do grau de dependência química

SAS/DP – Serviço de Assistência Social / Diretoria de Pessoal

TEPT - Transtorno do Estresse Pós-Traumático

Resumo da monografia apresentada à Universidade Federal do Paraná e à Academia Policial Militar do Guatupê, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Especialista em Estratégias em Segurança Pública.

## **CONTROLE E PREVENÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS POR MEIO DA AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PERIÓDICA DO POLICIAL-MILITAR**

Sergio Lunardon Padilha

Outubro/2007

Orientador de Conteúdo: Sílvio Santos de Moraes Sarmento – Cel QOPM

Orientador Metodológico: Professor Doutor Américo Augusto Nogueira Vieira.

Apresentam-se dados sobre os policiais-militares atendidos na Junta Médica da Polícia Militar do Paraná no primeiro semestre de 2007, demonstrando-se que os transtornos mentais são os problemas de saúde mais freqüentes; dentre eles destacam-se os transtornos pós-traumáticos, transtornos de humor, abuso de álcool e substâncias psicoativas. Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce, evitando-se a progressão da doença, melhorando-se assim a qualidade de vida do policial-militar, e aumentando-se a eficiência do seu trabalho. Aponta-se a importância da instalação de uma junta especial regionalizada para avaliação psiquiátrica periódica do policial, no intuito de identificar transtornos mentais iniciais, estabelecendo-se novos passos às prevenções em todos os níveis. Propõe-se ainda, a criação de centros terapêuticos em todo o Estado do Paraná, para o desenvolvimento de programas na prevenção dos transtornos mentais, do diagnóstico precoce, do tratamento adequado, da reabilitação profissional e da reinserção social.

Palavras Chave: prevenção, transtornos mentais, policial-militar

Summary of monography presented to Federal University of Paraná and Police Academia of Guatupê, as a part of requirements to obtain degree of Specialist in Strategy in Public Safety.

**CONTROL AND PREVENTION OF MENTAL DISORDERS BY PERIODICAL  
PSYCHIATRIC EVALUATION OF MILITARY POLICEMAN**

Sergio Lunardon Padilha

Outubro/2007

Content Professor: Sílvio Santos de Moraes Sarmento – Cel QOP M

Methodology Professor: Américo Augusto Nogueira Vieira PhD.

Data has presented about the military policemen evaluated in medical board of Paraná's Military Police, during the first semester of 2007, showing that mental disorders were the most frequent health problems; among them, more distinction to stress pos-traumatic disorders, humor disorders, abuse of alcohol and psychoactive substances. Emphasize the importance of an early diagnosis, avoiding of disease installation, improving policeman's quality of life and increasing their work efficiency. Calling attention to the importance of establishing a regionalized special board, for a policeman's periodical psychiatric evaluation, purposing to identify early mental disorders, alcohol and psychoactive substance abuse, establishing new steps for prevention in all sets. Propose creation of therapeutic centers in all State of Paraná, developing prevention programs in mental disorders, early diagnosis, appropriate treatment, professional rehabilitation and social reinsertion.

Key words: prevention, mental disorders, policeman

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>QUALIDADE DE VIDA .....</b>	<b>17</b>
2.1	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO .....	17
2.2	QUALIDADE DE VIDA E PRODUTIVIDADE .....	20
<b>3</b>	<b>TRANSTORNOS MENTAIS .....</b>	<b>23</b>
3.1	TRANSTORNOS DEVIDO AO ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS .....	25
3.2	TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) .....	32
3.2.1	SÍNDROME DO <i>BURNOUT</i> .....	36
3.2.2	FENÔMENO <i>BURNOUT</i> .....	37
3.2.3	TRAUMA PÓS-TIROTEIO .....	38
3.3	TRANSTORNOS DO HUMOR .....	41
3.4	TRANSTORNOS PSICÓTICOS .....	46
<b>4</b>	<b>O ESTADO .....</b>	<b>49</b>
4.1	O PAPEL DO ESTADO .....	49
4.2	A SEGURANÇA PÚBLICA .....	51
4.3	A POLÍCIA MILITAR .....	52
4.4	O POLICIAL-MILITAR.....	53
<b>5</b>	<b>AVALIAÇÃO PERIÓDICA DO POLICIAL-MILITAR.....</b>	<b>61</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - A hierarquia das necessidades humanas, segundo Maslow.....	19
FIGURA 2 - Prevalência do comportamento violento entre as pessoas com ou sem desordens psiquiátricas maiores e abuso de substâncias .....	24
FIGURA 3 - Percentual dos pacientes afastados de acordo com os transtornos psiquiátricos no 1º semestre de 2007, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10) .....	56

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Critérios Diagnósticos para Abuso de Substâncias (DSM-IV).....	27
QUADRO 2 - Critérios Diagnósticos para Dependência de Substâncias (DSM-IV).....	27
QUADRO 3 - Princípios básicos de prevenção do uso de substâncias.....	30
QUADRO 4 - Critérios Diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior (DSM-IV).....	43
QUADRO 5 - Critérios Diagnósticos para Transtorno Bipolar (DSM-IV) .....	45
QUADRO 6 - Critérios Diagnósticos para esquizofrenia (DSM-IV) .....	47

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Prevalência dos eventos traumáticos e índices de TEPT em resposta a tais eventos entre homens e mulheres .....	34
TABELA 2 - Dispensas médicas por transtornos psiquiátricos emitidas pela Junta Médica da PMPR .....	55
TABELA 3 - Despesas médicas com internamentos psiquiátricos no 1º semestre de 2007.....	58

## CAPÍTULO 1

"Os homens são parecidos em suas promessas.  
Eles só diferem em seus atos."  
Molière

### 1 INTRODUÇÃO

Ao apresentar a obra "Quem vigia os vigias: Um estudo sobre controle externo da polícia no Brasil", Caco Barcelos afirma que o regime de exceção atrasou em décadas a profissionalização dos serviços policiais, por não acompanhar a revolução tecnológica ocorrida na área de segurança em outros países do mundo. Adverte: "o arbítrio policial tem raízes mais antigas e profundas. Depois do fim da ditadura, a política de combate aos criminosos comuns se manteve como era antes" (LEMGRUBER et al, 2003, contra-capá).

Dentro da perspectiva de Segurança Pública num conceito sistêmico, a Polícia Militar é de fundamental importância para que este sistema atinja seus objetivos.

É a Polícia Militar que, no cumprimento de sua missão, empregando policiais-militares masculinos e femininos, inibe a ocorrência do crime, reduzindo a oportunidade de delinquir, portanto, atuando preventivamente e inibindo o surgimento do criminoso. O Coronel PMMG Leonel Archanjo Affonso afirma que:

"(...) o soldado da Polícia ou o PM, é, no Brasil, o agente mais conspícuo do poder público junto à comunidade. Oriundo, via de regra, das camadas modestas da sociedade, desenvolve suas atividades em contato direto e permanente com a mesma. Para boa parte da população, o PM é, não apenas o agente público mais visível, como o único acessível".(AFFONSO, 1986, p.21)

A missão da Polícia Militar como polícia administrativa e de atuação ostensiva, coloca-a como única a aparecer, a atuar preventivamente e como preservadora da ordem pública. Está baseada na sua história, nos seus valores e tradição; exerce a atividade ostensiva, de prevenção do crime e manutenção da ordem pública, estando embasada juridicamente e com ordenamento doutrinário próprio de hierarquia e disciplina.

Organizações públicas e privadas vêm investindo em melhorar a qualidade de vida dos seus profissionais, pois estes são os mais importantes dentro de uma empresa e deles dependerá a qualidade da produção e dos serviços prestados. Quando se fala em preocupação com a qualidade de serviços prestados, e conseqüentemente a satisfação do cliente a 'sociedade', deve-se valorizar o 'ser humano policial-militar'.

O policial-militar reveste-se de atribuições específicas e apesar de ser um cidadão comum, dele é exigido um comportamento exemplar. Espera-se que ele seja corajoso, altruísta e leal. Muitas vezes ele age como psicólogo, herói, enfermeiro, parteiro, socorrendo e protegendo as pessoas com a própria vida. Esta atividade de grande responsabilidade é extremamente estressante; expõe a própria integridade física, causando-lhe marcas irreparáveis em sua sanidade física e mental.

Os órgãos de segurança pública enfrentam questionamentos da sociedade com referência ao abuso de autoridade, corrupção e comportamento violento. Além das questões morais e éticas, deve-se observar que embora seja conveniente conceber a violência e a agressão como processos comportamentais, por não se tratar de conceitos simples e unitários, também não poderão ser definidos como tal, permanecendo difíceis de serem analisados isoladamente de outras formas do comportamento motivado.

Guardando inúmeras exceções, a tendência à agressão e a violência podem ser concebidas como traços de personalidade, respostas aprendidas no ambiente, reflexos estereotipados de determinados tipos de pessoas ou até manifestações psicopatológicas. No caso particular, interessa tratar a violência e a agressão como eventuais conseqüências de processos biopsicológicos subjacentes.

Há uma estreita associação entre a violência e os transtornos mentais, havendo um incremento na sua incidência nos pacientes em que há abuso de substâncias entorpecentes, ingestão excessiva de álcool, portadores de esquizofrenia, depressão grave ou desordem bipolar, classificando-os entre duas a três vezes mais agressivos, que a população sem estes transtornos.

As pessoas portadoras exclusivamente de doenças mentais graves, como os transtornos psicóticos, são em menor número na população em geral, contribuindo pouco para o índice global de violência. Os indivíduos que fazem uso excessivo de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas estão em maior número, com

isso, contribuem substancialmente para o aumento dos índices de violência. Entretanto, as pessoas com doença mental e que abusam de drogas ilícitas ou álcool, apresentam comportamento violento em torno de sete vezes mais que os demais, sendo causa freqüente de acidentes e crimes. (FRIEDMAN et al, 2006)

O policial-militar ingressa na Corporação por meio de um Concurso Público, passando por uma série de etapas até que inicie o seu treinamento militar e que esteja apto para a atividade-fim. Dentre essas etapas são realizados exames de conhecimentos gerais, médicos, psiquiátricos e aptidão física. Mesmo após passar por uma intensa seleção, o policial-militar é um trabalhador sujeito a inúmeros estímulos (álcool, drogas e estresse) que lhe causam comprometimento da saúde física e mental. (FRIEDMAN et al, 2006)

Nota-se que 57,7% das reformas e 32% das dispensas médicas homologadas pela Junta Médica da Polícia Militar no primeiro semestre de 2007, são decorrentes das doenças mentais. Estes dados são de grande relevância, pois contribuem para um enorme prejuízo para o Estado, tanto em custos de tratamento, quanto pelo tempo em que o policial-militar permaneceu afastado das suas funções. Revela-se também uma importante redução na qualidade de vida destes trabalhadores, com prejuízo à atuação profissional e interferência no relacionamento familiar. (PMPR, JUNTA MÉDICA, 2007)

Apesar de muitos esforços em avaliar-se a extensão do problema e identificarem-se as causas, ainda há necessidade de medidas mais efetivas para minimizar os efeitos da atividade de risco. É muito importante demonstrar a relevância deste problema para que se possa realizar uma identificação precoce dos transtornos mentais, melhorando assim o desempenho do policial, a sua qualidade de vida, reduzindo a violência e custos com tratamentos médicos, internações e dias de afastamento do trabalho.

A Polícia Militar do Paraná e o Governo do Estado do Paraná, adotaram algumas medidas administrativas com o intuito de avaliar situações de alto risco enfrentadas pelos policiais-militares e bombeiros-militares e na Lei Nº 15.448, de 15 de janeiro de 2007 do Estado do Paraná, que dispõe sobre exame psiquiátrico obrigatório em policiais civis e militares, que se encontram na ativa. Sabe-se que o tratamento mais efetivo é o da prevenção, pois nele os custos são infinitamente menores se comparados com internamentos, uso crônico de medicações e afastamentos das atividades laborais.

Este trabalho tem a finalidade de demonstrar que o estabelecimento de um conjunto de medidas preventivas envolvendo a identificação precoce de transtornos mentais, do abuso de álcool, uso de drogas e estresse, junto ao efetivo policial, atingir-se-ão resultados positivos e exigíveis pelo ordenamento jurídico tais como: aumento da eficiência no serviço de segurança pública, redução dos custos operacionais (pois é menos oneroso prevenir do que posteriormente afastar o agente de segurança pública para tratá-lo) e respeito à dignidade humana e qualidade de vida do 'ser humano policial-militar'.

Ressalte-se que para a consecução do objetivo acima apontado, será necessário coletar informações sobre a prevalência das principais doenças profissionais na Polícia Militar do Estado do Paraná, através da avaliação dos dados das dispensas médicas homologadas pela Junta Médica da PMPR, no primeiro semestre de 2007, enfocando-se os transtornos mentais, como a doença profissional mais importante, trazendo à tona a sua relevância, e propondo medidas para minimizar-se o impacto social.

## CAPÍTULO 2

"O único homem que não erra é aquele que nunca fez nada."  
Franklin Delano Roosevelt

### 2 QUALIDADE DE VIDA

Iniciar-se-á ressaltando a importância de um diagnóstico precoce das doenças mentais para a melhoria da qualidade de vida do policial-militar, e aumento da eficiência do seu trabalho. Aponta-se a importância da instalação de uma "junta especial" para avaliação psiquiátrica periódica no intuito de identificar os transtornos mentais de forma mais precoce, propondo novos passos às prevenções em todos os níveis, reduzindo a taxa de ocorrência, indicando tratamento adequado, promovendo a reabilitação e reduzindo a taxa de recorrência.

A qualidade de vida é um conceito ligado ao desenvolvimento humano. Não significa apenas que o indivíduo deva ter boa saúde física e mental, mas que esteja bem com ele mesmo, com a vida, com as pessoas que o cercam; enfim, é estar em equilíbrio com o meio em que vive. Tudo o que acontece em sua volta, inclusive os relacionamentos sociais, é importante para uma boa qualidade de vida, hábitos saudáveis, cuidar bem do corpo, lazer e um trabalho digno que possa suprir as suas necessidades básicas.

Entende-se por qualidade de vida, a percepção do indivíduo tanto pela sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais se insere, como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um amplo conceito de classificação, afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, por suas relações sociais, por seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do meio ambiente. (CHIAVENATO, 1996)

#### 2.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A palavra trabalho é originada do latim *tripallium*, instrumento de tortura composto de três paus. Da idéia de 'sofrer', passou-se à de 'esforçar-se', 'lutar' e, enfim, 'trabalhar'. É uma atividade humana aplicada à produção, da criação ao entretenimento, cujo produto dessa atividade é a obra. É o conjunto das atividades

humanas, manuais e intelectuais, que visam à produtividade; ou à produção de riquezas.

A palavra trabalho desde as suas origens implica em uma forma de tortura diária, um sofrimento ou esforço doloroso. Ocupa um grande espaço da existência humana, constituindo-se na principal fonte de significados na constituição da vida de todos. As pessoas articulam-se em redor das atividades laborais. “Nascemos e morremos dentro das organizações de trabalho” (ZANELLI E SILVA, 1996, p.18). O amadurecimento do ser humano é um processo relativamente longo, completando-se quando associado ao início de uma atividade produtiva. É por meio dele que se alcança autonomia e auto-sustentação.

Se para a sobrevivência o trabalho deveria satisfazer pelo menos as necessidades básicas diárias, na visão psicológica é uma categoria central no desenvolvimento do autoconceito, é uma fonte de auto-estima (ZANELLI E SILVA, 1996, p.19). Não existe qualidade total sem qualidade de vida. Os fatores que definem a eficácia de uma organização e mostram os seus resultados estão diretamente ligados aos funcionários, com suas formas de pensar, agir e seu envolvimento nas questões organizacionais.

Nenhuma organização pode oferecer produtos ou serviços de qualidade se seus funcionários não tiverem um bom nível de qualidade de vida. É fundamental, portanto, que a empresa venha a se preocupar com o desempenho das pessoas e com suas atitudes em relação à qualidade de seu trabalho. Isto só é possível a partir do momento em que se observa um bom nível relativo de vida, visto que a boa perspectiva de vida por meio de estímulos oriundos do próprio trabalho significa capacidade e compromisso com o melhor. Fazer o melhor possível, todos os dias e melhorar sempre, por meio de motivação e estímulos diretos. (CHIAVENATO, 1996)

É necessário que os funcionários sintam prazer e orgulho com o trabalho que executam, e com a organização à qual prestam serviços. Esta motivação pode vir por estímulos originados de desafios, ou pela convivência em um ambiente propício à participação efetiva e sugestões. (BERNARDI, 1994, p.57)

O pioneiro na teoria da motivação, foi Abraham Maslow (*apud* COBRA, 1992 e CHIAVENATO, 1997, p.127), que propôs em 1943 ‘*A Theory of Human Motivation*’, em que hierarquizava as necessidades humanas. Identificou serem cinco as necessidades básicas comuns a todas as pessoas, tendo-as disposto

numa hierarquia de importância em forma de pirâmide. Na base da pirâmide estão as necessidades mais baixas e recorrentes, enquanto no topo estão as mais sofisticadas e intelectualizadas (Figura 1).

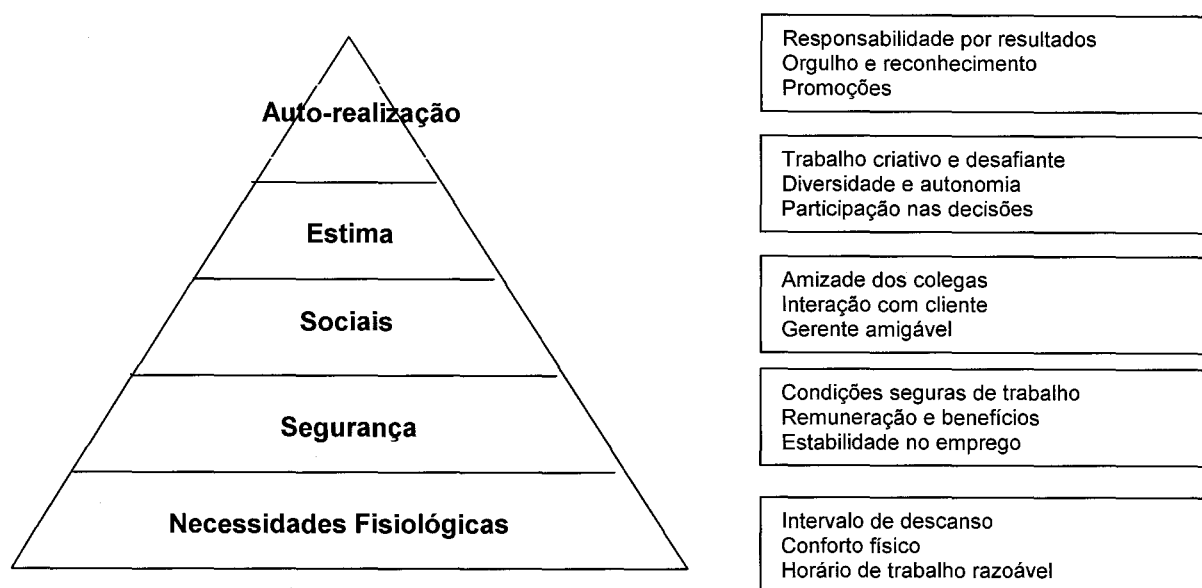


Figura 1 – A hierarquia das necessidades humanas, segundo Maslow  
 FONTE: CHIAVENATO (1997, p.127).

As necessidades fisiológicas ou biológicas orientam a vida humana desde o nascimento. Reportam-se à alimentação (fome e sede), respiração, sono e repouso (cansaço), abrigo (frio ou calor), ou desejo sexual (reprodução da espécie), homeostasia e excreção. Estão relacionadas com a sobrevivência.

A segurança reside na busca da proteção contra a ameaça ou privação, na fuga ao perigo, no desejo de estabilidade, na busca de um mundo ordenado e previsível (proteção pela rotina), a estabilidade no emprego, segurança do corpo, dos recursos morais, da família, da saúde e propriedade.

As necessidades sociais, como amor e afeição referem-se à vida associativa do indivíduo com outras pessoas (associação, participação, de aceitação por parte dos colegas, de troca de amizade, de afeto e de amor), fazer parte de um grupo, estar em harmonia e participar. A estima e o ego contemplam a maneira pela qual a pessoa se vê e se avalia, isto é, com a auto-avaliação e auto-estima. Envolve a auto-apreciação, autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de reconhecimento, de *status*, prestígio e consideração. A auto-realização move cada

pessoa a realizar o seu próprio potencial e de se desenvolver continuamente ao longo da vida. É a busca da realização.

As necessidades variam de indivíduo para indivíduo, produzindo diferentes padrões de comportamento, valores sociais e capacidades de atingir os objetivos. É muito importante dentro de uma empresa garantir as necessidades básicas de cada indivíduo, para que ele possa criar, estudar e desenvolver plenamente a sua atividade profissional.

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA E PRODUTIVIDADE

Os indivíduos reagem de modo diverso às dificuldades das situações de trabalho, incorporando nele sua história de vida pessoal. Desse modo, há situações conflitantes: de um lado a busca do prazer e do outro, a organização impondo um automatismo e a adaptação do trabalhador a um determinado modelo.

O prazer está relacionado à satisfação de necessidades representadas em alto grau pelo sujeito, tendo em vista as contrariedades impostas pela sociedade. Por outro lado, o sofrimento é caracterizado por sensações desagradáveis provenientes da não-satisfação das necessidades. Estas são de origem inconsciente e estão relacionadas aos desejos mais profundos dos sujeitos, revelados muitas vezes ao consciente em forma de projetos e expectativas de vida. Dessa forma, a busca do prazer no trabalho e a fuga do desprazer constituem um desejo permanente para o trabalhador em face das exigências contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (MENDES, 1995, p.34).

As situações em que há um nível elevado de estresse como as guerras, torturas, desastres, o encarceramento, a perda de familiares, perda de emprego, representam uma séria ameaça de dano ao organismo humano, contendo um forte potencial para esgotar os mecanismos defensivos das pessoas. O meio ambiente, a pessoa e as circunstâncias daquele momento, quando originou-se o fato, contribuem isoladamente ou em conjunto para a instalação do estresse. O trabalho pode também ser um fator ameaçador tanto na pessoa quanto na própria organização.

Vários fatores contribuem para formar o estresse no trabalho como: o clima organizacional, a função desempenhada, as relações pessoais, o tipo de trabalho realizado, o excesso ou falta de atividades. Em muitas empresas há uma

forte pressão para que os resultados sejam alcançados, podendo esta pressão gerar problemas como o estresse, o consumo de álcool e drogas no trabalho. Quando estas pessoas encontram ajuda na empresa em que trabalham, recebendo uma identificação precoce dos sintomas, o tratamento adequado, e apoio psicológico, há uma recuperação mais rápida do funcionário, com retorno mais rápido ao trabalho, gerando uma economia à empresa. É, portanto, necessária a implantação de programas que auxiliem na identificação e tratamento ao abuso de drogas, álcool, fumo e transtornos mentais de modo mais precoce, evitando-se o desenvolvimento de uma doença crônica.

O trabalho tornou-se alienante pela insatisfação, frustração, excesso de funções e atividades. Os trabalhadores vivem num mundo insensível e hostil às suas pretensões e necessidades. As organizações impõem um trabalho coercivo, pouca criatividade, sem controle sobre o ritmo, intensidade ou duração. As tarefas aborrecidas, as relações pessoais fragmentadas e competitivas, causam desinteresse pelo trabalho, falta de comprometimento, insatisfação, apatia, irritação e, finalmente, geram doenças psicossomáticas, dispensas médicas e prejuízo à organização.

As mudanças que se processam no espaço organizacional reintroduzem a importância conferida ao chamado fator humano e suas implicações sobre o processo produtivo (JACQUES *apud* TAMAYO, 1998, p. 41). As pessoas que trabalham dentro de uma Organização determinam um papel fundamental para o sucesso da empresa, sendo parte fundamental da sua eficiência. O papel delas dentro desta Organização e o potencial de trabalho dependem de inúmeras variáveis intervenientes: Os fatores internos (motivação, capacidade de aprender, percepção, atitudes, emoções frustrações e valores) e os fatores externos (tensão, recompensa, grau de confiança, coesão grupal, fatores sociais e políticos).

Para CHIAVENATO (1997, p.09), “a empresa constitui o ambiente dentro do qual as pessoas trabalham e vivem a maior parte das suas vidas”. Nesse contexto, as pessoas dão algo de si mesmas e esperam algo em troca. A maneira pela qual esse ambiente é moldado e estruturado influencia poderosamente a qualidade de vida das pessoas. Mais do que isso, influencia o comportamento e os objetivos pessoais de cada ser humano, afetando assim o próprio funcionário da empresa.

As empresas precisam garantir competitividade, inventividade e inovação para permanecerem e se perpetuarem no mercado. A condição de eficácia, neste caso, é um corpo funcional capacitado e motivado para cada desafio.

A importância do trabalho para o bem-estar e a saúde das pessoas é demonstrada no cotidiano, pois se passa a maior parte do tempo trabalhando enquanto se está acordado, e durante este período realizamos nossas aspirações. Assim, fica claro a relevância do papel da qualidade de vida, o trabalho e o desempenho profissional. (Bernardi, 1994, p. 57)

Considerando-se o papel importante do trabalho sobre a vida, deve-se desvincular as noções de tortura e castigo implícitas desde a sua origem. A instituição de programas de saúde dentro das empresas contribui decisivamente para a melhoria da qualidade de vida e produtividade. (BERNARDI, 1994, p. 57)

## CAPÍTULO 3

"Minhas invenções são fruto de 1 % de inspiração e 99% de transpiração".  
Thomas Edison

### 3 TRANSTORNOS MENTAIS

Como fora ressaltado no capítulo anterior a importância da qualidade de vida das pessoas, ligada a um conceito de desenvolvimento humano, e estar em equilíbrio com o meio ambiente onde vivem as pessoas, tudo o que acontece em sua volta, inclusive os relacionamentos sociais. Garantir uma boa qualidade de vida implica hábitos saudáveis, cuidar bem do corpo, lazer e um trabalho digno que possa suprir as suas necessidades básicas, significa melhorar a qualidade de vida no trabalho, tornando a sua atividade mais agradável, aumentando a sua produtividade e tornando-o mais eficiente.

Neste capítulo, serão descritos os transtornos mentais mais freqüentes na vida diária, enfatizando aqueles relacionados às atividades do policial-militar, demonstrando a correlação entre violência e doença mental e o abuso de entorpecentes e álcool.

Há décadas, procura-se traçar um paralelo entre os criminosos e doença mental. A sociedade humana demonstra grande dificuldade em admitir que essas pessoas pertençam ao mesmo grupo humano ordinário, preferindo-se acreditar que os loucos, tanto quanto os criminosos, são pessoas estranhas e biologicamente diferentes dos homens de bem, de nós mesmos e de nossas famílias.

A psicopatologia, nesses últimos 10 anos, adquiriu conhecimentos que correspondem a 90% do que havia sido conhecido em toda história da humanidade em termos de neurofisiologia. Isso, evidentemente, repercute num substancial incremento sobre o entendimento acerca da pessoa humana e de seu comportamento. (KAPLAN, et al, 1994, p.493)

A despeito desse conhecimento que explodiu na última década, a maioria das pesquisas ou não encontrou uma associação entre doença mental e o risco de cometer crimes de violência, ou encontrou apenas uma discreta associação, estatisticamente não significativa.

Por outro lado, os efeitos de álcool e drogas sim estariam associados à violência. Também pessoas portadoras de Transtorno de Personalidade Anti-Social estariam mais propensas ao crime (nem sempre violento e agressivo). Ressalte-se que boa parte das pesquisas não encontrou diferença na prevalência da violência em doentes mentais sem abuso de substâncias, quando comparados com a população geral. O risco de violência em indivíduos da população geral com abuso de álcool ou drogas foi duas vezes maior do que em pacientes esquizofrênicos sem esse abuso. Finalmente, o maior risco de violência ocorre na combinação de abuso de álcool ou drogas com transtorno de personalidade anti-social. (KAPLAN, 1994)

Um estudo epidemiológico examinou os vários índices de desordens psiquiátricas de uma amostra representativa de 17.803 pessoas em 5 comunidades dos Estados Unidos da América. Apesar de não ser desenhado especificamente para avaliar a prevalência da violência, demonstrou que pessoas com doenças mentais sérias como a esquizofrenia, depressão maior ou desordem bipolar foram 2 a 3 vezes mais agressivas que a população sem estas doenças. Em termos absolutos, a violência entre pessoas com doença mental séria foi 16,1%; já entre aquelas sem doença mental foi de 7,3%. Constata-se também que com o abuso de substâncias chegou a 35% e na associação atingiu 43,6% (Fig. 2). (FRIEDMAN, 2006)

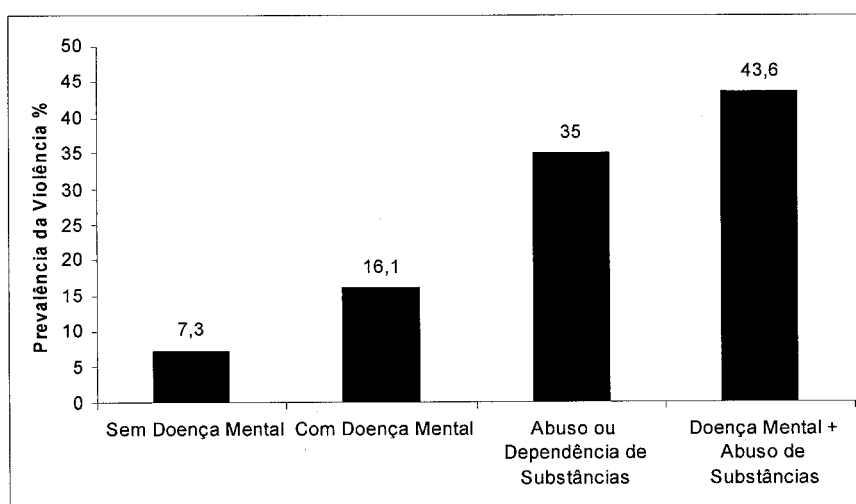


Figura 2 – Prevalência do comportamento violento entre as pessoas com ou sem desordens psiquiátricas maiores e abuso de substâncias (FRIEDMAN, 2006).

Estas doenças isoladamente contribuem muito pouco para o índice global de violência na população geral, com risco estimado entre 3 a 5 %, entretanto,

quando associado ao abuso de álcool ou drogas está perto de 7 vezes maior. (FRIEDMAN, 2006)

### 3.1 TRANSTORNOS DEVIDO AO ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS

O amplo uso ilegal de substâncias que alteram o funcionamento do cérebro tem causado tamanha devastação na sociedade ocidental contemporânea, tanto que no início da década de 90, chamou-se a situação de estado de guerra química. (KAPLAN, 1994, p.374)

Mais de 15% da população dos EUA com mais de 18 anos de idade têm sérios problemas com o uso de substâncias, com cerca de 2/3 abusando principalmente de álcool e o restante, 1/3, de outras substâncias. (SWANSON, 1998, P.395)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas (qualquer substância que possa interferir na capacidade de julgamento, raciocínio ou nas atividades motoras) independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Apesar do uso destas substâncias de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global trazendo também graves consequências para a saúde pública mundial.

Há uma estreita relação entre o uso do álcool, as drogas e a ocorrência de eventos acidentais ou situações de violência, evidenciando o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. Os acidentes e as violências ocupam a segunda causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos de idade.

Pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas dos EUA (NIDA, 2001) revelou que o uso excessivo de bebida alcoólica estava presente em 68% dos homicídios culposos; 62% dos assaltos; 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos. De forma relativa à violência doméstica, a mesma pesquisa evidenciou que 2/3 dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados, o mesmo acontecendo nas agressões entre marido e mulher.

Esse perfil se mantém nas séries históricas do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde, nos últimos oito anos. O tema "Violência e Saúde" é objeto de estudos nacionais, e internacionais, sendo o Brasil citado pela Organização das Nações Unidas como um dos poucos países que tratam esse assunto no âmbito da saúde.

Algumas substâncias podem afetar estados mentais como: o humor, o saber, o comportamento; às vezes podem causar sintomas psiquiátricos não diferenciáveis daqueles transtornos comuns de causas desconhecidas como: a esquizofrenia e humor. Esta observação pode ser considerada sugestiva de que os transtornos psiquiátricos e os transtornos envolvendo o uso de substâncias se relacionam, alterando a função cerebral.

NICASTRI (2001, p.25) esclarecem a distinção entre dependência e os problemas decorrentes do uso de álcool, pois nem todo uso de drogas é devido à dependência e a maior parte das pessoas que apresentam uso disfuncional de alguma droga não é dependente. Estudos populacionais recentes têm mostrado que a condição de uso nocivo de uma droga nem sempre progride para a dependência. Cerca de 60% das pessoas fazendo uso nocivo de álcool em certa fase de sua vida não progredirão para a categoria de dependência nos próximos anos, 20% voltarão para o uso considerado normal e 20% ficarão dependentes.

A definição do abuso de substância pelo DSM-IV<sup>1</sup>: é definido pela presença de pelo menos um sintoma específico indicando que o seu uso interferiu na vida da pessoa (Quadro 1).

---

<sup>1</sup> Manual de classificação das doenças mentais elaborado pelos psiquiatras da Associação Norteamericana de Psiquiatria, independentemente da classificação elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o CID 10.

---

**Quadro 1. Critérios Diagnósticos para Abuso de Substâncias (DSM-IV)**


---

- A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:
- (1) uso recorrente de uma substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola, relacionadas à substância; negligência dos filhos ou afazeres domésticos)
  - (2) uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)
  - (3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada à substância)
  - (4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais)
- B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.
- 

Fonte: (KAPLAN et al, 1994, p.374)

A definição da dependência de substância pelo DSM-IV: é caracterizada pela presença de pelo menos três ou mais sintomas específicos, levando a comprometimento clinicamente significativo, indicando que o seu uso interferiu na vida da pessoa (Quadro 2).

---

**Quadro 2. Critérios Diagnósticos para Dependência de Substâncias (DSM-IV)**


---

Um padrão mal adaptado de uso de substância, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer momento no mesmo período de 12 meses.

- (1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
    - (a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância, para obter a intoxicação ou o efeito desejado.
    - (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
  - (2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos
    - (a) síndrome de abstinência característica da substância
    - (b) a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
  - (3) A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
  - (4) Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
  - (5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de substâncias.
  - (6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
  - (7) O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
- 

Fonte: (KAPLAN et al, 1994, p.380)

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o uso do álcool, é o maior problema de Saúde Pública, pois impõe às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida. A reafirmação histórica do papel nocivo que o álcool nos oferece deu origem a uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes de seu consumo, corroborando assim o fato concreto de que a magnitude da questão é enorme, no contexto de saúde pública mundial.

O diagnóstico e o tratamento precoces da dependência ao álcool, têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao se constatar que, de uma forma geral, há despreparo significativo e desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares, sejam profissionais de saúde.

Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais, que raramente identificam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Vê-se que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência, que ocorrem tardiamente e não para a dependência subjacente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Os fatos acima assumem importância maior dentro de um contexto preventivo, considerando-se que, o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para este problema é de 05 anos, levando à demora para iniciar o tratamento e a sua inadequação piora o prognóstico. Dentre inúmeros fatores de influência sobre a ineficácia da assistência disponível, considera-se, sobretudo, a crença errônea de que os pacientes raramente se recuperam.

Ainda, de forma relativa aos profissionais de saúde, existem diversos impedimentos para diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do consumo de álcool. Em um plano cognitivo, os trabalhadores de saúde apresentam a falta de conhecimentos sobre a variedade de

apresentações sintomáticas gerados pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico.

Muitas vezes estes profissionais apresentam também uma visão negativa do paciente e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva. Deve-se considerar que a não-compreensão fenomenológica da resistência freqüentemente apresentada pelos pacientes provoca nestes profissionais respostas pouco acolhedoras, o que se agrava na perspectiva da necessidade de acolhimento, como estratégia facilitadora de abordagem, motivação, e aderência a qualquer proposta.

Ao analisarem-se alguns dados correlatos, e relativos aos custos decorrentes, viu-se que os custos decorrentes do consumo de álcool são de grande magnitude. Considerando dados referentes ao ano de 2001, ocorreram no Brasil 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool; mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas. Como a média de permanência em internação foi de 27,3 dias para o período selecionado, estas internações tiveram em 2001 um custo anual para o SUS (Sistema Único de Saúde) de mais de 60 milhões de reais. (BRASIL - MS, DATASUS, 2001)

Estes números não incluem os gastos com os tratamentos ambulatoriais, nem com as internações e outras formas de tratamento de doenças indiretamente provocadas pelo consumo do álcool como: aquelas que atingem o aparelho digestivo; o sistema cardiovascular; câncer (principalmente hepático, de estômago e de mama); deficiências nutricionais; doenças do feto e recém-nato da mãe alcoologista; as doenças neurológicas e o agravamento de outras doenças psiquiátricas provocado pelo álcool, assim como os agravos decorrentes de acidentes ou violência, o que se aplica a todos os povos.

Muito se tem feito nos últimos tempos para que as pessoas se previnam contra o uso de drogas, mas também muito se tem feito, legal ou ilegalmente, para que elas sejam usadas. O resultado final é que as pessoas estão aumentando o seu consumo.

O uso de drogas traduz-se em primeira instância, na busca do prazer. É muito difícil lutar contra esta sensação, porque sempre norteou o comportamento dos seres vivos para a autopreservação e perpetuação da espécie. As substâncias psicoativas provocam o prazer que engana o organismo, conseqüentemente, passa

a desejá-lo mais, como se fosse bom. O prazer provocado pela droga não é saudável, porque ele mais destrói a vida do que ajuda na sobrevivência. Todo usuário e principalmente sua família têm arcado com as conseqüências decorrentes desse tipo de busca de prazer. (OCHELISKI et al, 2002)

Os programas de prevenção podem ser classificados como universais (dirigidos à população em geral); seletivos (dirigidos aos grupos de alto risco ou aos subgrupos da população em geral) ou indicados (planejados para indivíduos que já experimentaram drogas ou que exibem outros comportamentos de risco), independentemente do local em que são realizados (NICASTRI, 2001, p.25). Sobre a prevenção em geral, os autores resumem num quadro os princípios básicos de prevenção do uso de substância e os principais modelos de prevenção do uso de substâncias (Tabela 3).

Os autores também citam pesquisas norte-americanas, publicação do NIDA (2001), (*National Institute on Drug Abuse*), em que para cada dólar investido em prevenção economiza-se de 4 a 5 dólares em custo com tratamento de dependentes químicos.

---

Quadro 3. Princípios básicos de prevenção do uso de substâncias

---

As ações propostas:

- (1) Devem ser planejados para facilitar os fatores de proteção e reverter ou reduzir os fatores de risco conhecidos;
  - (2) Devem dirigir-se a todas as formas de drogas de abuso (incluindo álcool, tabaco, maconha e solventes);
  - (3) Devem promover habilidades sociais, além de atitudes contrárias às drogas;
  - (4) Quando dirigidos ao público adolescente, devem incluir os genitores ou responsáveis;
  - (5) Devem ser de longo prazo;
  - (6) Quando dirigidos à família, têm maior impacto do que estratégias voltadas aos pais ou jovens isoladamente;
  - (7) Devem fortalecer as normas sociais contra o uso de drogas em diversos contextos, tais como a família, a escola e a comunidade local;
  - (8) Devem ser adaptados para atender a natureza específica do problema com drogas da comunidade local;
  - (9) Devem ser mais intensivos se os riscos para uso de substâncias forem mais elevados;
  - (10) Devem ser específicos para as diferentes idades e culturas.
- 

FONTE: Sloloboda & David, 1997, *apud* NICASTRI 2001, p.27).

Em mais de 20 anos de pesquisa do abuso da droga, o NIDA identificou princípios importantes em programas de prevenção, sumarizando que os programas de prevenção são projetados freqüentemente para realçar fatores protetores e reduzir os fatores de risco. Os fatores protetores são aqueles associados com o potencial reduzido para o uso da droga e os fatores de risco são aqueles que

aumentam as probabilidades ao uso da droga. Muitos destes fatores, aplicam-se a outros comportamentos como à violência na juventude, à delinquência, e comportamento sexual de risco. (OCHELISKI et al, 2002)

NICASTRI (2001, p.26) observou que nem sempre os fatores de proteção são opostos aos fatores de risco. Outras situações também influenciam no uso de substâncias: sua disponibilidade, os padrões de tráfico e crenças de que o uso de drogas é tolerado de modo geral.

Na prevenção primária, as medidas buscam evitar ou retardar a experimentação e diminuir o uso esporádico de drogas. São desenvolvidas por meio de ações educativas, pelo setor responsável ou em parceria, com informações sobre estilo de vida saudável e saúde global.

É a que age mais cedo por estar no sistema de educação para a saúde. Consiste em quaisquer atos destinados a diminuir a incidência de uma doença em uma população, reduzindo o risco de surgimento de casos novos. Pretende ainda, intervir antes que surja algum problema, no sentido de instruir, informar e educar com vista à manutenção da saúde.

As medidas secundárias também visam a reduzir o uso regular e evitar o uso abusivo de drogas, pode ser pela orientação e encaminhamento para diagnóstico e tratamento do pessoal que necessita de atendimento, bem como orientação às chefias.

Consiste em quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência de uma doença numa população, reduzindo sua evolução e duração. Caracteriza-se por ser um prolongamento da prevenção primária, quando esta não atingiu os objetivos propostos. No âmbito da questão do uso indevido de drogas, trata-se, portanto, de intervenções que têm como objetivo principal evitar que um estado de dependência se estabeleça.

As medidas secundárias visam às promoções de ações que envolvam o tratamento especializado, o acompanhamento e a reintegração funcional, por meio de monitoramento, de forma integrada com serviços contratados ou públicos.

A prevenção terciária objetiva diminuir o risco de retorno ao alcoolismo, por meio da reintegração do alcoolista em seu meio social, assumindo direitos e deveres. Este ao se reintegrar pode perceber o preconceito, estigma, receio e as dúvidas dos que estão a sua volta. É importante o vínculo familiar, laços sociais,

terapia, trabalho, grupo de ajuda mútua e outros semelhantes (REHFELDT, 1989, p. 73-76).

Quando houver afastamento do trabalho, em decorrência do tratamento, faz-se necessária uma preparação no ambiente de trabalho para retorno do paciente, observando-se tensões, hábitos de beber do grupo (pertinente à prevenção primária) questões como manter o empregado no mesmo trabalho, ou em outra atividade.

A prevenção terciária também consiste em qualquer ato destinado a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença. Aplicada ao universo do uso indevido de drogas, tem como objetivo primordial evitar a recaída, visando a re-inserção social dos indivíduos que se encontram numa perspectiva de dependência. Isto é, atua no sentido de possibilitar ao indivíduo a reintegração no contexto social, na família e no trabalho, contemplando todas as etapas do tratamento. Resumidamente, pode-se caracterizar a prevenção primária como evitar o uso experimental; a secundária com diminuir o uso regular e evitar o uso abusivo; e a terciária com tratamento e reabilitação. (OCHELISKI et al, 2002)

### 3.2 TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

A origem da palavra estresse vem do latim *stringere*, que significa apertar, cerrar, comprimir, estreitar, restringir. É uma atitude fisiológica pela adaptação do organismo às situações de perigo, causando as mudanças do desempenho. Quando se necessita escapar de uma situação de ameaça, nosso corpo faz coisas extraordinárias, que normalmente não seríamos capazes de fazer.

A definição de um evento traumático é a capacidade de provocar medo, desamparo ou horror, como resposta a uma ameaça, injúria ou morte. Para (KESSLER et al, 1995), as pessoas que são expostas a estes eventos, estão em risco de desenvolver o estresse pós-traumático, bem como a uma depressão maior, síndrome do pânico, ansiedade e abuso de drogas, quando comparados àqueles que não têm esta experiência. Eles também podem ter sintomas psicossomáticos e doenças físicas, particularmente hipertensão, asma e síndromes de dor crônica.

Para ser concluído o diagnóstico de transtorno do estresse pós-traumático, a pessoa deve ter sido exposta a um evento estressante ou trauma

intenso, ao qual ele responde com medo, sensação de desamparo ou horror, e ter pelo menos três sintomas distintos: a repetição do evento (coleta de imagens estressantes indesejadas do evento, pesadelos ou retorno ao passado); evitar as lembranças do evento (pessoas, lugares ou pensamentos que façam ligação ao evento), aumento da ansiedade no último mês (manifestações psicológicas como: a insônia, irritabilidade, diminuição da concentração, hipervigilância e hiperreatividade). (YEHUDA, 2002)

Atualmente, é o quinto transtorno mental mais comum. Os eventos traumáticos que podem desencadear o Transtorno do Estresse Pós-Traumático ocorrem em qualquer momento da vida de uma pessoa. Acredita-se que pelo menos 60% dos homens e 50% das mulheres experimentam pelo menos um evento traumático durante a vida. Agressão (física ou sexual), assalto, seqüestro, ataque terrorista, tortura, encarceramento, acidentes automobilísticos, diagnóstico de doença que ameace a vida, combate militar, são exemplos de eventos traumáticos que podem levar ao "TEPT". Outros eventos também podem levar ao surgimento do TEPT, quando fatos que ocorreram com outras pessoas, como: presenciar agressão física; acidente de algum parente; ser informado de que o filho apresenta uma doença séria que ameace a vida. (KAPLAN et al , 1994, p.574)

A idéia do Transtorno por Estresse Pós-Traumático é um conceito desenvolvido a partir de 1980, nas classificações internacionais (CID10 e DSM-IV), que permitiu unificar uma série de categorias de transtornos emocionais reativos a acontecimentos traumáticos anteriormente dispersos na classificação psiquiátrica.

No século XIX, entretanto, diversos psiquiatras e neurologistas já reconheciam os sintomas característicos do atual Transtorno por Estresse Pós-Traumático, incluindo o quadro dentro da neurose histérica ou de conversão. Em 1920, Freud definiu o conceito de 'Trauma Psíquico' sofrido pelos ex-combatentes como uma espécie de 'ruptura da barreira aos estímulos'.

Depois da Segunda Guerra Mundial, ressurgiu o interesse pelas manifestações clínicas desta síndrome, a qual passou a ser conhecida como "neurose traumática ou de guerra". Portanto, conforme observar-se o quadro que antigamente era conhecido por Neurose de Guerra, ressurgiu hoje nos grandes centros urbanos como uma resposta do cidadão comum às agressões que a sociedade moderna o submete.

Antes dos ataques de “onze de setembro”, os estudos dos TEPT nos EUA, demonstraram que entre 5 e 6% dos homens e entre 10 e 14% das mulheres tinham tido TEPT em alguma época das suas vidas, sendo o quarto transtorno psiquiátrico mais comum. Os eventos que deram origem ao TEPT foram: estupro, assalto, tortura, acidentes automobilísticos ou desastres. Apesar de esse transtorno ser mais comum de modo direto, pode estar ligado às pessoas indiretamente expostas, como àquelas que testemunham uma violência, lesão ou morte não-natural de uma pessoa amada. (KAPLAN et al, 1994, p.574)

Os eventos mais comuns para o TEPT são os acidentes automobilísticos e desastres naturais, no entanto 55% das pessoas estupradas desenvolvem TEPT comparadas com 7,5% àquelas envolvidas em acidentes (KESSLER et al, 1995) e 2% para os eventos traumáticos. Em um estudo, demonstrou-se que 14% daqueles que experimentaram a morte súbita e inesperada de uma pessoa amada, desenvolveram TEPT (BRESLAU et al, 1999).

Os índices de TEPT em resposta aos eventos são similares entre homens e mulheres conforme a tabela 1. (YEHUDA, 2002, p.108-14).

Tabela 1. Prevalência dos eventos traumáticos e índices de TEPT em resposta a tais eventos entre homens e mulheres

Evento Traumático	Prevalência do evento		Índice do TEPT em resposta ao evento	
	Mulher %	Homem %	Mulher %	Homem %
Estupro	0,7	9,2	65,0	45,9
Molestadas	2,8	12,3	12,2	26,5
Assalto físico	11,1	6,9	1,8	21,3
Acidentes	25,0	13,8	6,3	8,8
Desastre natural	18,9	15,2	3,7	5,4
Combate	6,4	0	38,8	-
Testemunha de uma morte ou lesão grave	40,1	18,6	9,1	2,8
Conhecimento sobre um evento traumático	63,1	61,8	1,4	3,2
Morte súbita de uma pessoa amada	61,1	59,0	12,6	16,2
Qualquer evento traumático (KESSLER, 1995)	60,7	51,2	8,1	20,4
Qualquer evento traumático (BRESLAU, 1999)	92,2	87,1	6,2	13,0

Fonte (YEHUDA, 2002,p.108-114)

Em um estudo realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (MAIA et al, 2007, p. 241), a freqüente exposição a situações de risco em que se colocam os policiais do Rio de Janeiro, aumenta o risco de desenvolver TEPT. Foram avaliados 157 oficiais da PM do Rio de Janeiro, por meio de um questionário para estabelecer-se o diagnóstico de TEPT parcial ou completo. Nesse estudo, a prevalência de TEPT total, e parcial foi de 8,9% e 16% respectivamente.

Comparando o grupo sem TEPT com o grupo com TEPT completo, este apresentou cinco vezes mais chances de divorciar-se (21,6% versus 4,3%,  $p=0,008$ ), sentir sua condição física pior (64,3% versus 6%,  $p<0,001$ ), apresentar mais consultas médicas durante os últimos 12 meses [2,00 ( $\pm 1,62$ ) versus 1,09 ( $\pm 1,42$ ),  $p=0,03$ ], relatar mais freqüentemente idéias suicidas (35,7% versus 5,2%,  $p=0,002$ ).

Após um evento traumático, uma situação pode parecer irreal, tudo como um sonho ou pesadelo e a pessoa sente-se insensível para a situação. Para outras, a vivência pode ser de intenso desespero e dor. A sensação do tempo também pode ficar bastante alterada, pois algum fato durando apenas alguns segundos pode parecer que tenha ocorrido por um tempo mais longo. Algumas vezes as coisas parecem ocorrer em câmera lenta, tudo ficando muito vívido na percepção. (SOLOMON,1993)

Logo após o evento, muitas pessoas se mantêm num estado de "anestesia emocional", sentindo-se distantes da situação, diminuindo sua reatividade ao mundo. Com o passar do tempo, ela pode ir "descongelando", vivendo experiências intensas de impotência e fracasso. Alguns indivíduos desenvolvem um estado mais depressivo, com perda de interesses, desânimo, embotamento emocional e estreitamento de horizontes.

Alguns ficam ansiosos, temendo que a situação se repita, desenvolvendo um padrão ansioso de estresse. A pessoa pode lembrar-se repetidamente do evento, com as lembranças invadindo a sua consciência; muitas vezes lembranças dos mínimos detalhes. Há também pessoas que não conseguem lembrar nenhuma imagem da situação, ficando apenas com o efeito emocional do que ocorreu, como se tivesse sido algo doloroso demais que faz a pessoa esquecer.

Podem surgir associações entre o evento e situações específicas como: evitar sair à noite, não poder sair de casa só, não freqüentar determinados locais: intensas reações emocionais podem surgir frente a estímulos que simplesmente lembram a situação vivida, como: certos sons, certo clima ou certos olhares.

Há possibilidade do desenvolvimento de estados mais constantes de ansiedade, de alerta e vigilância, respostas exageradas de sobressalto e apreensão, dificuldade em se concentrar ou atitude de desconfiança. Podem surgir sensações irreais e distanciamento do mundo, fazendo tudo parecer como um sonho, com sensações de estar separado do corpo. Pode haver pesadelos repetidos, irritação, apresentando ataques de raiva e instabilidade emocional.

As reações tendem para duas direções básicas: depressão e ansiedade. Há pessoas que tendem aos estados mais depressivos, e outras aos estados ansiosos e agitados, podendo haver àqueles que se alternam entre estes dois estados. Cada pessoa em situação de Estresse Pós-Traumático necessita de uma atenção cuidadosa, pois suas reações têm relação com a sua história de vida, sua capacidade de lidar com sentimentos e emoções, o impacto que a experiência teve em sua vida e a qualidade de suas experiências de vida dali para frente.

A intervenção terapêutica é um recurso necessário para que a pessoa possa reorganizar seu padrão de funcionamento e continuar seu processo de vida de modo mais saudável. É possível sentir e ver o mundo diferente, sair da situação de sofrimento constante, por meio da realização de mudanças nos padrões de estresse organizados. (SCHEEFER, 1986)

Mediante observação atenta do corpo, do olhar, da postura, da respiração e do modo de se mover, o profissional pode identificar o estado subjetivo interno que esta pessoa pode estar vivendo. Porém, tão importante quanto o profissional identificar os sinais exteriores, é ajudar e capacitar a pessoa a perceber o próprio corpo, discriminando com clareza a sua própria experiência e as conexões que há entre a sua vivência subjetiva e o modo como o seu corpo está organizado naquele momento. A partir de um desenvolvimento maior da autopercepção, é possível ensinar a pessoa a interferir em seus padrões de sofrimento somático organizado, por meio de exercícios específicos, agindo sobre os seus padrões de estresse.

Ajudando a pessoa a perceber suas próprias sensações corporais, sua organização de postura e suas atitudes organizadas, pode-se ajudá-la a perceber como o corpo está totalmente interligado ao que ela sente, vê e pensa, organizado num padrão de estresse. A partir destas informações, pode-se orientar a pessoa a dialogar com a própria experiência por meio de um método eficiente.

### 3.2.1 Síndrome do *Burnout*

É definida como uma das conseqüências mais marcantes do estresse profissional, e se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade a quase tudo e a todos. Refere-se a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta

atividade é considerada de ajuda (médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, atendentes públicos, bombeiros e policiais).

Esta condição de sofrimento psíquico, relacionada ao trabalho, está associada a alterações fisiológicas, decorrentes do estresse, levando a um maior risco de infecções, alterações neuroendócrinas do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (hiperlipidemias, hiperglicemia e aumento do risco cardiovascular), abuso de álcool e drogas, risco de suicídio, transtornos de ansiedade, depressão e implicações sócio-econômicas como: absenteísmo, abandono de especialidade e queda na produtividade.

### 3.2.2 Fenômeno *Burnout*

O *Burnout* é uma síndrome psicológica resultante de fatores produtores de estresse interpessoal crônico no trabalho e caracteriza-se por: exaustão emocional, despersonalização (ou ceticismo) e diminuição da realização pessoal (ou eficácia profissional). A exaustão emocional caracteriza-se por fadiga intensa, falta de forças para enfrentar o dia de trabalho e sensação de estar sendo exigido além de seus limites emocionais. A despersonalização caracteriza-se por distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho ou aos usuários do serviço. A diminuição da realização pessoal se expressa como falta de perspectivas para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso (MASLASCHE et al, 2001, p.399).

Os Policiais-militares envolvidos diretamente com o trabalho operacional (radiopatrulha, trânsito, polícia de choque, entre outros), freqüentemente empregam muito tempo em intenso relacionamento com outras pessoas, cujos problemas nem sempre são óbvios e de fácil solução, gerando neles ambigüidade e frustração, que no exercício de um trabalho profissional. Esses fatos podem causar um estresse crônico e drenagem no equilíbrio emocional, levando ao *Burnout* (síndrome de exaustão emocional, que acaba por tornar os profissionais cínicos no trabalho que fazem, incapacitando-os a se entregarem a ele como gostariam ou deveriam). Esta percepção calorosa ou desumanizada de outros, leva o profissional a ver as pessoas envolvidas com seu trabalho como sendo merecedores dos problemas que têm, naturalmente gerando mais estresse.

O Policial-militar que apresenta sintomas de *Burnout*, tende a demonstrar uma auto-avaliação negativa no trabalho e no relacionamento com as pessoas. Sente-se infeliz consigo e insatisfeito com o que faz. As conseqüências são potencialmente muito sérias para aqueles envolvidos diretamente com o trabalho operacional, mesmo para pessoas comprometidas com seu trabalho e para a organização, levando à deterioração na qualidade do serviço prestado, ao abandono, absenteísmo e baixo moral.

### 3.2.3 Trauma Pós-Tiroteio

As seqüelas emocionais para um policial que mata no cumprimento do dever podem ser traumáticas. Cada policial sofre as conseqüências emocionais de um tiroteio à sua própria maneira, dependendo de muitos fatores, tais como: sensação de vulnerabilidade; intensidade de ameaça à vida no incidente; quantidade de controle sobre a situação; expectativa em relação a situações de tiroteio; proximidade em relação ao suspeito; quão sangrento foi o tiroteio; reputação do suspeito (por exemplo, assassinato versus adolescente assustado) ; sensação "de justiça" (por exemplo, atirar numa pessoa que usou o policial para cometer suicídio é considerado injusto e produz revolta no policial); conseqüências legais e administrativas; quantidade de estresse na vida pessoal; capacidade pessoal de adaptação; quantidade de apoio.

A experiência traumática começa quando uma situação põe em perigo a vida de um policial, ou de outra pessoa, e ele toma a decisão de usar a força mortífera. Muitos fenômenos físicos, psicológicos e emocionais ocorrem durante os breves momentos de ápice de estresse, muitos dos quais confundem o policial.

É muito comum experimentar distorções de percepção. Cerca de quatro em cada cinco policiais envolvidos em um tiroteio experimentaram distorção de tempo. O tempo fica lento, para uns, os acontecimentos parecem ocorrer em câmara lenta; para outros, o tempo fica acelerado. As distorções auditivas são experimentadas aproximadamente por dois em cada três policiais envolvidos em tiroteio, com a diminuição do som ou a intensificação deste. Um policial pode não ouvir todos os disparos feitos ou pode não perceber quantos disparos foram feitos, outros ouvem os disparos de revólver soando como de canhões. As distorções

visuais ocorrem cerca de metade das vezes, podendo experimentar visão de túnel e uma sensação ampliada de detalhe.

É muito importante que os pesquisadores saibam que são comuns e normais essas distorções de percepção. Se o relato de um policial a respeito do número de disparos é inexato porque ele não pode ouvir todos os disparos; ou se ele não pode dar uma boa descrição da roupa do suspeito devido à sua visão de túnel; ou ele diz que o tiroteio durou 5 minutos, quando outros indícios sugerem que durou apenas 45 segundos, isto não significa necessariamente que o policial esteja mentindo ou tentando encobrir alguma coisa. Ele estava experimentando provavelmente as distorções normais de percepção que ocorrem comumente durante momentos de pico de estresse. (SOLOMON, 1993)

A fase de erupção do choque começa quando acaba o tiroteio. Um policial pode experimentar alguns minutos de sintomas de choque, tais como: tremores, choro, náusea, hiperventilação (respiração rápida), e assim por diante. Essas são reações de estresse que ocorrem algumas vezes quando se passa por uma situação de alto impacto, e não são sinais de fraqueza.

Inicialmente, um policial pode ficar atordoado, desatento e perturbado. Pode haver um sentimento de descrença ou de dificuldade em compreender a realidade ou o significado do que acaba de acontecer. Pode ser difícil concentrar-se e lembrar-se de detalhes. Durante algumas horas ou mesmo alguns dias, o policial pode ficar com a "adrenalina alta" ou super-estimulado, o que o deixa tenso, ansioso, agitado ou irritado. Esta alta de adrenalina pode fazer com que seja difícil dormir durante esta fase.

É importante lembrar-se de que o policial ficará muito sensível às reações dos outros, especialmente em relação à questão de se o departamento vai ficar do seu lado. Usualmente, parte da reação de choque consiste em que as emoções relativas ao incidente e a percepção dessas emoções tornam-se embotadas. Um policial pode sentir-se emocionalmente desligado e insensível, com rompantes ocasionais de ansiedade.

Há a tendência de sentir-se como se estivesse no 'piloto-automático' apenas passando por meio das ações. Na verdade, não se experimenta o impacto emocional completo de um incidente crítico imediatamente após ele acontecer. Defesas psicológicas, como a negação, surgem automaticamente para servir de escudo temporário contra as emoções esmagadoras. Este período de erupção do

choque pode durar alguns minutos, algumas horas, alguns dias, uma semana ou mais; é diferente para cada indivíduo, mas usualmente dura dois ou três dias. É por isso que é importante conceder uma licença administrativa para um policial depois de um tiroteio, e não deixá-lo voltar à rua mesmo que ele diga que está se sentindo bem. Ele pode estar experimentando esta 'negação' da emoção. Por várias razões, um policial não deve estar na rua quando atingido por impacto emocional. (SOLOMON, 1993)

Cedo ou tarde, o impacto emocional da situação se faz sentir. A alta de adrenalina se esvai, e ao mesmo tempo em que o policial experimenta uma depressão física e mental, afloram as emoções originadas pelo incidente. Esta é a próxima fase, impacto, que ocorre geralmente dentro de três dias, embora alguns policiais experimentem uma reação retardada, no período de seis meses a um ano após o incidente. Durante esta fase, o policial enfrenta sentimentos de vulnerabilidade e de mortalidade, originários do incidente.

Quanto mais vulnerável tenha-se sentido o policial durante o acontecimento, maior é o impacto emocional da situação. A sensação de vulnerabilidade muitas vezes provém de uma percepção da falta de controle sobre a situação. Um policial pode sentir-se forçado a usar uma arma quando um suspeito não teria obedecido a ordens verbais e pode-se sentir revoltado por ter sido colocado numa posição de vulnerabilidade, em que não havia outra escolha a não ser o uso da força mortífera.

A próxima fase, que na maioria dos casos começa logo depois que o impacto emocional o atinge, é a fase de adaptação. O policial começa a compreender, a trabalhar seu o problema, e a ajustar-se ao impacto emocional da situação. A intensidade emocional tende a se suavizar ao longo do tempo, passando por um pico depois de algumas semanas, começando a decrescer. Existe, muitas vezes, um grande questionamento interior durante este período. O policial repassa repetidamente a situação e se pergunta se agiu corretamente ou se havia alguma outra coisa poderia ter sido feita. Se ele se permite trabalhar o impacto emocional, e não tenta suprimi-lo ou fingir que ele não existe, alcançará a fase final: aceitação.

A fase de aceitação é alcançada usualmente em algum ponto entre duas a dez semanas após, mas pode levar mais. É possível mesmo que essa fase só seja alcançada depois de meses, dependendo da situação, das conseqüências legais e administrativas, da quantidade de apoio e da capacidade de adaptação do

policial. Alcançada a fase de aceitação, o policial entende e aceita o que aconteceu e o que tinha de ser feito. Podem ocorrer ainda pesadelos, recordações e coisas semelhantes, mas o policial compreende as emoções subjacentes e está lidando construtivamente com elas. Com ajuda adequada e capacidade de adaptação, ele pode se tornar até mais forte. (SOLOMON, 1993)

### 3.3 TRANSTORNOS DO HUMOR

Os sintomas da depressão são muito variados, indo desde as sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos até as alterações da sensação corporal como dores e enjôos. Contudo, para se fazer o diagnóstico é necessário um grupo de sintomas centrais: perda de energia ou interesse; humor deprimido; dificuldade de concentração; alterações do apetite e do sono; lentidão das atividades físicas e mentais; sentimento de pesar ou fracasso.

Os sintomas corporais mais comuns são sensação de desconforto no batimento cardíaco, constipação, dores de cabeça, dificuldades digestivas. Períodos de melhora e piora, são comuns, criando a falsa impressão de que se está melhorando sozinho, é quando durante alguns dias o paciente sente-se bem. Geralmente, tudo se passa gradualmente, não sendo necessário que todos os sintomas apresentem-se simultâneos, pois dificilmente pode-se ver todos os sintomas juntos. Até que se faça o diagnóstico praticamente todas as pessoas possuem explicações para o que está acontecendo com elas, julgando sempre ser um problema passageiro.

Outros sintomas também podem acompanhar os sintomas centrais: pessimismo; dificuldade de tomar decisões; dificuldade para começar a fazer suas tarefas; irritabilidade ou impaciência; inquietação; achar que não vale a pena viver; desejo de morrer; chorar à-toa; dificuldade para chorar; sensação de que nunca curar-se-á, desesperança; dificuldade de terminar as coisas que começou; sentimento de pena de si mesmo; persistência de pensamentos negativos; queixas freqüentes; sentimentos de culpa injustificáveis; boca ressecada, constipação, perda de peso e apetite, insônia, perda do desejo sexual.

Os dois principais transtornos do humor são o Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Bipolar. O primeiro caracteriza-se por apresentar apenas fases

depressivas, enquanto que o segundo, pela alternância de fases depressivas com mania de exaltação, alegria ou irritação do humor.

Os sintomas depressivos apesar de muito comuns, são pouco detectados nos pacientes de atendimento em outras especialidades, o que permite o desenvolvimento e prolongamento desse problema comprometendo a qualidade de vida do indivíduo e sua recuperação. Anteriormente, estudos associaram ao fumo, à vida sedentária, à obesidade, ao maior risco de doença cardíaca. Agora, pelas mesmas técnicas, associa-se sintoma depressivo a um maior risco de desenvolver doenças cardíacas. A doença cardíaca mais envolvida com os sintomas depressivos é o infarto do miocárdio.

A depressão costuma atingir entre 15 e 25% dos pacientes com câncer. As pessoas e os familiares que encaram um diagnóstico de câncer experimentarão uma variedade de emoções, estresses e aborrecimentos. O medo da morte, a interrupção dos planos de vida, perda da auto-estima e mudanças da imagem corporal, mudanças no estilo social e financeiro são questões fortes o bastante para justificarem desânimo e tristeza. A tristeza e o pesar são sentimentos normais para uma pessoa que teve conhecimento da doença. Questões como a resposta ao tratamento, o tempo de sobrevivência e o índice de cura entre pacientes com câncer com ou sem depressão estão sendo mais enfocadas do que a investigação das melhores técnicas para tratamento da depressão. (KAPLAN et al, 1994, p.493-528)

A causa exata da depressão permanece desconhecida. A explicação mais provavelmente correta é o desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. Esta afirmação baseia-se na comprovada eficácia dos antidepressivos. O fato de ser um desequilíbrio bioquímico não exclui tratamentos não-farmacológicos. O uso continuado da palavra pode levar a pessoa a obter uma compensação bioquímica.

---

**Quadro 4 - Critérios Diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior (DSM-IV)**


---

A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representa uma alteração a partir do funcionamento anterior, pelo menos um dos sintomas: (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer

- (1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias indicados por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.
- (2) Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros)
- (3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperados.
- (4) Insônia ou hipersonia quase todos os dias
- (5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)
- (6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- (7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)
- (8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).
- (9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrem sem um plano específico, a tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são mais bem explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

---

Fonte: (KAPLAN et al, 1994, p.500)

Eventos desencadeantes são muito estudados e de fato encontra-se relação entre certos acontecimentos estressantes na vida das pessoas e o início de um episódio depressivo. Todavia, tais eventos não podem ser responsabilizados pela manutenção da depressão. Na prática, a maioria das pessoas que sofre um revés se recupera com o tempo. Se os reveses da vida fossem causas exclusivas de depressão, todas as pessoas acometidas por estes, deveriam estar deprimidas, e não é isso o que se observa.

Os eventos estressantes provavelmente disparam a depressão nas pessoas predispostas, vulneráveis. Exemplos de eventos estressantes são: perda de pessoa querida, perda de emprego, mudança de habitação contra a vontade, doença grave; pequenas contrariedades não são consideradas como eventos fortes

o suficiente para desencadear depressão. O que torna as pessoas vulneráveis ainda é objeto de estudos.

Os critérios para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, de acordo com o DSM-IV (Quadro 4), auxiliam na sua identificação e tratamento, que é essencialmente medicamentoso, existindo mais de 30 antidepressivos disponíveis. Ao contrário do que alguns são receosos, essas medicações não são como drogas, que deixam a pessoa eufórica e provocam vício.

A terapia é simples e, de modo geral, não incapacita ou entorpece o paciente. Alguns pacientes precisam de tratamento de manutenção ou preventivo, que pode levar anos ou a vida inteira, para evitar o aparecimento de novos episódios. A psicoterapia ajuda o paciente, mas não previne novos episódios, nem cura a depressão. A técnica auxilia na reestruturação psicológica do indivíduo, além de aumentar sua compreensão sobre o processo de depressão e na resolução de conflitos, o que diminui o impacto provocado pelo estresse.

O transtorno bipolar até bem pouco tempo é conhecido como psicose maníaco-depressiva; a doença bipolar do humor é caracterizada por períodos de um quadro depressivo, geralmente de intensidade grave, que se alternam com períodos de quadros opostos à depressão, isto é, a pessoa apresenta-se eufórica, com muitas atividades; às vezes fazendo muitas compras ou efetuando gastos financeiros desnecessários e elevados, com sentimentos de onipotência, quase sempre acompanhados de insônia e falando muito, mais que seu habitual.

---

**Quadro 5 - Critérios Diagnósticos para Transtorno Bipolar (DSM-IV)**


---

**Transtorno Bipolar - Critérios Diagnósticos**

- A. Presença de apenas um Episódio Maníaco e ausência de qualquer Episódio Depressivo Maior no passado.
  - B. O Episódio Maníaco não é mais bem explicado por Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação
- 

**Critérios Diagnóstico - Episódio Maníaco**

- A. Um período distinto de humor anormal, e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 1 semana (ou qualquer duração se for preciso internação).
  - B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo.
    - (1) auto-estima inflada ou grandiosidade.
    - (2) redução da necessidade de sono (p.ex. bastam 3 horas por dia).
    - (3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar.
    - (4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo.
    - (5) distração (a atenção é desviada por mínimos estímulos).
    - (6) aumento da atividade dirigida a objetos ou agitação psicomotora.
    - (7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas.
  - C. Os sintomas não satisfazem os critérios para episódio misto.
  - D. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais, ou relacionamentos costumeiros com outros, ou de exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a terceiros, ou existem características psicóticas.
  - E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica geral.
- 

**Critérios Diagnósticos - Transtorno Bipolar II**

- A. Presença (ou histórico) de no mínimo um Episódio Depressivo Maior.
  - B. Presença (ou histórico) de um Episódio Hipomaníaco.
  - C. Jamais houve um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto
  - D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são mais bem explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme,
  - E. Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação
  - F. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- 

Fonte: (KAPLAN et al, 1994, p.504)

Esse quadro é conhecido como mania. Tanto o período de depressão quanto o da mania podem durar semanas, meses ou anos. Geralmente as pessoas têm durante a vida, alguns episódios de mania e outros de depressão. É importante ficar claro que mania, no sentido médico, é diferente de mania para o leigo, significando para estes hábitos repetitivos (Quadro 5).

O tratamento, após o diagnóstico preciso, é medicamentoso, envolvendo uma classe de medicações chamada de estabilizadores do humor, da qual o carbonato de lítio é o mais estudado e o mais usado. A carbamazepina, a oxycarbazepina e o ácido valpróico também se mostram eficazes. Um

acompanhamento psiquiátrico deve ser mantido por um longo período, sendo que algumas formas de psicoterapia podem colaborar para o tratamento.

### 3.4 TRANSTORNOS PSICÓTICOS

As várias tendências de reflexão sobre a origem da Doença Mental, notadamente as Psicoses, embora provenientes de diversos momentos históricos do pensamento psicológico, estimulam bastante as discussões sobre esse tema. Encontram-se defensores do modelo Sociogênico, no qual a sociedade, complexa e exigente, seria a responsável exclusiva pelo enlouquecimento humano. Tem-se também o modelo organogênico, diametralmente oposto, em que os elementos orgânicos da função cerebral seriam os responsáveis absolutos pela doença mental. Tem ainda o enfoque psicogênico, no qual a dinâmica psíquica seria sempre responsável pela doença, com notável descaso pelas disposições constitucionais da pessoa. Finalmente, há a abordagem organodinâmica, que compatibiliza todos os três anteriores, por meio do modelo biopsicossocial. (KAPLAN et al, 1994, 467-89)

Costuma ser de aceitação unânime na psiquiatria clínica, a associação de determinadas configurações de personalidade predispostas e a eclosão de psicoses. Estas personalidades são as chamadas Personalidades Pré-mórbidas, cujo conceito é abordado em psiquiatria no capítulo sobre os Transtornos da Personalidade; constituições que por si transtornam a vida do indivíduo ou incapacitam um desenvolvimento pleno, ou ainda, em certas circunstâncias, encerram uma maior aptidão para o desenvolvimento de determinadas doenças psíquicas.

A psicose é classicamente definida como a perda do contato com a realidade. Significa dizer que a avaliação, o julgamento da realidade, feito pelo paciente está prejudicado. O processo esquizofrênico se caracteriza por uma alteração na qualidade da estrutura vital básica da personalidade (em contraposição aos conceitos de neuroses, em que haveria uma alteração da quantidade da vida psíquica), com quebra de seu desenvolvimento psicoemocional fisiológico. Trata-se de um “algo novo e estranho” às condições de existência e desenvolvimento da pessoa.

A psicose esquizofrênica é algo que se manifesta em dado instante na vida da pessoa, sem causa externa conhecida e sem que sejam necessárias

vivências desencadeantes (embora os familiares sempre busquem associar a psicose a alguma vivência supostamente traumática).

A esquizofrenia é o transtorno psicótico clássico e o mais freqüente, contudo existem muitas outras síndromes psiquiátricas importantes: transtornos esquizofreniforme, esquizoafetivo, delirante e psicótico breve. O diagnóstico é difícil, mas pode ser auxiliado pelos critérios do CID10 e DSM-IV (Quadro 6).

---

**Quadro 6 Critérios Diagnósticos para esquizofrenia (DSM-IV)**

---

A. Sintomas característicos: No mínimo dois dos seguintes quesitos, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso):

- (1) delírios
- (2) alucinações
- (3) discurso desorganizado (p. ex., freqüente descarrilamento ou incoerência)
- (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico
- (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alergia ou abulia

B. Disfunção social/ocupacional : Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou quando o início se dá na infância ou adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de realização interpessoal, acadêmica ou profissional)

C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem pelo período mínimo de 6 meses. Esse período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (i. é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D. Exclusão de Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor. O Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno do Humor com Características Psicóticas foram descartados, porque:

- (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou
- (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve com relação à duração dos períodos ativo e residual.

E. Exclusão de substância/condição médica geral: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

F. Relação com um Transtorno Global do Desenvolvimento: Se existe um histórico de Transtorno Autista ou de outro Transtorno Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes pelo período mínimo de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).

---

Fonte: (KAPLAN et al, 1994, p.453)

Na avaliação de qualquer paciente psicótico, a possibilidade da psicose ser causada por uma condição médica geral ou induzida por drogas deve ser considerada. Outros fatores psicodinâmicos devem ser avaliados neste grupo de transtornos psicóticos, incluindo os desencadeantes de estresse e o ambiente interpessoal.

As substâncias psicoativas podem ser causas comuns de síndromes psicóticas. As substâncias mais comumente envolvidas são: o álcool, os alucinógenos indólicos (dietilamida e ácido lisérgico ou LSD), as anfetaminas, a cocaína, a mescalina e cetamina.

## CAPÍTULO 4

Fácil é ser colega, fazer companhia a alguém, dizer o que ele deseja ouvir. Difícil, é ser amigo para todas as horas e dizer sempre a verdade quando for preciso. E com confiança no que diz.  
Carlos Drummond de Andrade

### 4 O ESTADO

No capítulo anterior, descreveram-se os transtornos mentais mais freqüentes que afetam os policiais-militares: o abuso de substâncias nocivas, os transtornos relacionados ao estresse, transtornos do humor e menos freqüente os transtornos psicóticos. Ressalta-se da importância de se estabelecerem programas de prevenção dos transtornos mentais, do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e de programas para se evitarem as recaídas.

Neste capítulo, descreve-se a posição do Estado, o papel da Segurança Pública e da Polícia Militar do Paraná. Apresenta-se o estado atual das dispensas médicas homologadas pela Junta Médica da PMPR, ressaltando a importância na redução da capacidade laboral e eficiência do policial-militar, prejuízo ao Estado. É importante ressaltar que é de fundamental importância a identificação precoce dos transtornos mentais, a instituição de medidas preventivas e do tratamento adequado aos policiais-militares.

#### 4.1 O PAPEL DO ESTADO

O Estado surgiu a partir da evolução das famílias. Primeiro adveio a horda, o clã, a tribo, até a polis grega e as *civitas* romanas. Da necessidade de organizarem-se as atividades na árdua luta pela manutenção da comunidade e a solução das desavenças surgidas no próprio seio do grupamento, logo, convenceriam os homens de que era preciso acatar a autoridade de alguém mais bem dotado. Um homem forte, hábil e inteligente, fazendo cumprir suas determinações, trazendo caçadas mais abundantes e paz interna mais duradoura; e, quando este chefe consolidasse seu poder, dificilmente abandonaria seu exercício. Quando morresse, sua posição seria imediatamente ocupada por outro, institucionalizando-se o poder após sua individualização, com a aquiescência expressa ou tácita dos integrantes da comunidade.

Além de exercer funções de comandante-em-chefe nas expedições bélicas, o chefe do clã supervisiona a caça e a pesca, administra o patrimônio da comunidade e responde pelos encargos religiosos. Sua autoridade é sempre reforçada e surge uma unidade gentílica superior representada pelo Estado, tão logo o homem se fixa à terra. Alguém já disse que a história da humanidade não se inicia com a escrita, mas com a agricultura. Foi da fixação do homem ao solo que ensejou a consolidação do Estado. Se as comunidades primitivas apresentam dois elementos característicos, quais sejam: a população e o poder político, será a base física que vai delinear, definitivamente, o Estado. Este se configura, com efeito, em três elementos formadores: o povo e o poder político soberano, como elementos essenciais, e a base física, como elemento contingente. (MALUF, 1995, p.275)

No feudalismo, o feudo era um pequeno Estado, dominado pelo senhor feudal, que era o dono das terras e as explorava; na monarquia, o rei tinha todo o poder e era o próprio Estado. No século XIII, na Inglaterra, foi imposta a Carta Magna ao Rei João Sem Terra, pelos cidadãos ingleses obrigando-o a consultar a sociedade.

Maquiavel, foi o primeiro a utilizar a palavra “Estado” nas suas obras (MAQUIAVEL, 1513). Thomaz Hobbes menciona no *Leviatã* a denominação do próprio Estado, o que determina tudo, como um monstro gigantesco que devora e absorve todos os direitos individuais das pessoas. (HOBBS, 1651)

Para Jean Jacques Rousseau, o Estado nasceu de um contrato social, pelo qual o homem renunciou o estado de natureza em que vivia, com parcela de sua liberdade, para obter do Estado o mínimo de segurança e bens indispensáveis à sobrevivência tranqüila. A lei passou a ser a expressão da vontade geral e esses ideais foram observados na Revolução Francesa de 1789. (Liberdade, igualdade e fraternidade). (ROUSSEAU, 1762)

O Estado moderno é portanto, a sociedade política e juridicamente organizada, dotada de soberania, dentro de um território, sob um governo, para a realização do bem comum do respectivo povo. São elementos do Estado, portanto, o povo que é o conjunto de pessoas submetidas à ordem jurídica estatal, que compreende o nacional residente e o que está fora dele. O território é considerado o elemento material, espacial ou físico. Compreende a superfície do solo ocupada pelo Estado, seu mar territorial e o espaço aéreo (navio, aeronaves, embaixadas e consulados). Governo é a organização necessária ao exercício do poder político. A

soberania é o poder de organizar-se juridicamente e de fazer valer dentro de seu território a universalidade de suas decisões nos limites dos fins éticos de convivência. A finalidade do Estado é assegurar a vida humana em sociedade, deve garantir a ordem interna, assegurar a soberania na ordem internacional, elaborar as regras de conduta e distribuir a justiça.

A idéia de Estado é inseparável da idéia de Polícia e o fundamento da ação de polícia é o Poder de Polícia. Foi a partir do surgimento das milícias é que o Estado se estabeleceu. Numa sociedade segura, há de estar garantida a convivência pacífica de todos os cidadãos, de tal modo que o exercício dos direitos de cada um, não se transforme em abuso, não ofenda, não impeça, e não perturbe o exercício dos direitos alheios. (OCHELISKI, 1998, p.15)

Assim, a missão primordial do Estado é buscar o bem comum e para isso constituiu-se. Esta missão deve ser desempenhada por meio de uma legislação adequada, instituições e serviços capazes do controle e regulamentação das atividades privadas e individuais da vida nacional, fazendo-as convergir para o bem comum. A segurança das pessoas e dos bens é o elemento básico das condições universais, fator absolutamente indispensável para o natural desenvolvimento da personalidade humana (CRETELLA JÚNIOR, 1995). Esse é o Estado de Direito, ou seja, o Estado juridicamente organizado e obediente às suas próprias leis. O Estado existe em função de um fim, que é a satisfação do bem comum.

## 4.2 A SEGURANÇA PÚBLICA

Todos os seres humanos necessitam de segurança. Todos os seres humanos têm o direito de serem protegidos do medo, de todas as espécies de medo. O medo tem raízes profundas na alma dos seres. Radica-se no inconsciente e é objeto constante da pesquisa científica, com destaque para a Psicanálise. Tem-se medo do abandono, de passar necessidade e privações, medo das agressões, da doença, da morte.

Uma sociedade que se funde no “espírito de solidariedade” construirá modelos de convivência que afastem o medo do horizonte permanente de expectativas. Numa sociedade fraterna, o homem não será ‘lobo’ do outro homem.

Nossa Constituição determina que a segurança pública é dever do Estado, direito e responsabilidade de todos. Será exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio.

Em elaborado trabalho sobre o assunto, (ALMEIDA, 1979, p. 12) reconhece-se a segurança pública sob três aspectos, quais sejam: 'Como valor comunitário, como entidade jurídica e como função governamental'. Na mesma linha, pode-se reportar a cada um dos aspectos:

Como valor comunitário, a necessidade de segurança somente será atingida pelo indivíduo, se os seus direitos e liberdades individuais forem garantidos pelo Estado: de propriedades, de locomoção, de proteção contra crime em todas as suas formas. Neste aspecto, a segurança pública apresenta um valor geral comum e com um único anseio e aspiração: Viver em segurança. Enfocada como valor jurídico, a segurança pública é a manifestação do poder do Estado, fundamentada na ordem pública, objetivando o exercício da força na garantia do Direito. A segurança pública, assim, limita as liberdades individuais, estabelecendo que a liberdade de um cidadão, mesmo em fazer aquilo que a lei não lhe veda, não pode ir além da liberdade assegurada aos demais, ofendendo-a.

E ainda como função governamental ou política, segurança pública é o conjunto de atividades complexas e variadas que o Estado coloca à disposição da população para protegê-la contra os delitos em todas as nuances, contra os desastres, sinistros e catástrofes, garantindo a ordem pública.

Ao homem não basta apenas a garantia da segurança individual, é necessário que o Estado também garanta, dentro da comunidade aqueles aspectos que dão estabilidade às relações políticas, econômicas e sociais, preservando a propriedade, o capital e o trabalho para sua plena utilização no interesse social. Para propiciar isto, o Estado tem seus poderes, e um deles é o poder de polícia (VALLA, 2000, p.52 a 54).

#### 4.3 A POLÍCIA MILITAR

A principal fonte que trata da missão das Polícias Militares é a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A Carta Magna em vigor, em seu art. 144, § 5º confere às Polícias Militares a missão de "polícia ostensiva e a preservação da ordem pública". No caso das Polícias Militares, em que o Corpo de

Bombeiros faz parte de sua estrutura organizacional, acrescenta-se a missão de 'execução das atividades de defesa civil'.

Cabe ainda à Polícia Militar, segundo a Carta Magna, a preservação da ordem pública, missão que pode ser interpretada como sendo a atuação da Polícia Militar para prevenir a quebra da ordem pública, bem como, caso esta venha a ocorrer, para restaurar a ordem pública à situação de normalidade. As ações da Polícia Militar são realizadas no sentido de defender, resguardar e conservar íntegra e intacta a ordem pública.

O emprego da Polícia Militar no campo da Segurança Pública se dá em três aspectos: como polícia ostensiva preventiva, como polícia ostensiva repressiva e como bombeiro. Como polícia ostensiva preventiva compete exercer o poder de polícia administrativa, buscando evitar a quebra da ordem pública, assegurando o cumprimento da lei e o exercício dos poderes constituídos. Como polícia ostensiva repressiva compete atuar imediatamente após a quebra da ordem pública buscando restaurá-la à situação de normalidade.

Nos casos em que o Corpo de Bombeiros é parte integrante da Polícia Militar, a atuação dá-se no sentido de prevenção e combate a sinistros, busca e salvamento, socorros de urgência em casos de acidentes, vistoria técnica de construções e locais de eventos e na execução de ações de defesa civil.

#### 4.4 O POLICIAL-MILITAR

Para que o policial-militar desempenhe bem as suas funções, é esperado que ele esteja em boas condições de saúde física, mental e social mesmo antes de ingressar na Corporação. A seleção dos recursos humanos deve incluir o exame psicotécnico selecionando-se aqueles mais preparados aos cargos existentes na PMPR, visando a manter ou aumentar a eficiência e o seu desempenho.

Todos os policiais devem ter as qualidades morais, psíquicas e físicas apropriadas, devem estar adequadamente treinados, e periodicamente testados. O treinamento deve incluir o uso adequado de força, direitos humanos e habilidades técnicas policiais especialmente quando há alternativas para o uso de força, e a resolução pacífica de conflitos.

O policial-militar é um cidadão comum, dele é exigido um comportamento exemplar. Deve ser bem treinado, mantendo-se física, mentalmente e moralmente

sadio. Espera-se que ele seja corajoso, altruísta e leal. Muitas vezes, age como psicólogo, herói, enfermeiro, parteiro, socorrendo e protegendo as pessoas. Esta atividade de grande responsabilidade e extremamente estressante, expõe a própria integridade física, causando-lhe marcas irreparáveis em sua sanidade física e mental.

No ano de 1999, instituiu-se uma pesquisa que avaliava o perfil psicossocial do policial-militar, entre 10.632 policiais-militares e bombeiros-militares. Dos entrevistados, 27% apresentavam algum problema de saúde; 18% haviam tido alguma dispensa médica nos últimos seis meses; 12% consideravam-se nervosos; 7% depressivos; 12% ansiosos; 14% com humor oscilante; 19% alteravam-se desproporcionalmente à situação; e 15% haviam pensado ou tentado suicídio. Quanto ao uso de álcool ou drogas, 12% já haviam experimentado algum tipo de droga; 25% haviam usado bebidas alcoólicas regularmente, sendo que 7% haviam sido punidos disciplinarmente devido ao vício. Antes de entrar na PM, 35% dos policiais já haviam feito uso de algum tipo de droga.

Devido à necessidade de avaliar o impacto dos transtornos mentais na Polícia Militar do Estado do Paraná, realizou-se levantamento das dispensas médicas homologadas pela Junta Médica da PMPR, no primeiro semestre de 2007. Das 3123 dispensas médicas neste período, os pacientes permaneceram afastados 100.690 dias do trabalho. Deste total, ocorreram 1001 dispensas por transtornos mentais (32,05%) em 514 pacientes, num total de 32.789 dias de dispensa.

Observa-se na tabela 2, a seguir, a distribuição dos diagnósticos, número de pacientes e unidades de atuação dos policiais-militares. Utilizou-se o CID-10 (OMS, 2004), para a caracterização do tipo de transtorno mental (como código "F") e a numeração que se segue, caracterizando de modo mais específico o tipo de transtorno. Nota-se que há um aumento do número de dispensas médicas nos batalhões da capital e região metropolitana (BPGD, Companhia de Polícia de Choque 12º, 13º, 17º, e 20º batalhões). Também observa-se nas grandes cidades do interior do estado como: Ponta Grossa (1º BPM), Londrina (5ºBPM) e Cascavel (6º BPM), que também houve um número maior de atestados. Este fato revela que o número de dispensas médicas por transtornos psiquiátricos é reflexo do nível da complexidade das ocorrências e da população atendida, principalmente as com envolvimento de confrontos armados.

Tabela 2. Dispensas médicas por transtornos psiquiátricos emitidas pela Junta Médica da PMPR

Unidade	Pacientes	F00 a F09	F10 a F19	F20 a F29	F30 a F39	F40 a F48	F50 a F90
1BPM	26	0	3	1	10	12	0
2BPM	10	0	0	0	3	7	0
3BPM	9	0	2	2	2	3	0
4BPM	10	1	1	0	6	2	0
5BPM	21	1	6	5	6	3	0
6BPM	29	0	4	1	16	8	0
7BPM	3	0	0	0	0	3	0
8BPM	3	0	0	1	2	0	0
9BPM	7	0	2	0	3	2	0
10BPM	6	0	2	1	3	0	0
11BPM	4	0	1	0	1	2	0
12BPM	39	0	5	0	11	22	1
13BPM	77	0	4	1	13	59	0
14BPM	17	0	3	0	6	8	0
15BPM	3	1	0	0	2	0	0
16BPM	9	0	3	2	3	0	1
17BPM	35	0	1	4	9	21	0
18BPM	4	0	1	0	2	1	0
19BPM	8	0	1	1	3	3	0
20BPM	19	0	7	11	1	0	0
AMBIENTAL	19	1	4	2	9	3	0
BPGD	25	0	1	0	14	9	1
RPMONT	9	1	1	1	3	3	0
BPRV	11	0	1	0	5	5	0
BPTRAN	9	1	1	0	4	3	0
CCS/QCG	14	0	2	0	6	6	0
CHOQUE	24	0	0	0	3	21	0
SAS	1	0	0	0	0	1	0
CM	2	0	0	0	1	1	0
CPI	2	0	0	0	0	2	0
DS	7	0	1	1	3	2	0
DP/DF/EM	7	0	0	1	0	6	0
COM	2	0	0	0	1	1	0
CIOSP	1	0	0	0	1	0	0
CIA IND	3	0	1	1	1	0	0
1 CIA	4	0	0	0	3	1	0
2 CIA	3	0	0	0	2	1	0
3 CIA	4	0	1	0	3	0	0
1GB	10	0	4	1	3	2	0
2GB	5	0	2	1	1	1	0
3GB	4	0	1	0	2	1	0
4GB	2	0	2	0	0	0	0
5GB	1	0	0	0	0	1	0
6GB	6	0	1	1	3	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>514</b>	<b>6</b>	<b>69</b>	<b>39</b>	<b>170</b>	<b>227</b>	<b>3</b>

CID10 – F0 a F9 - Transtornos mentais orgânicos inclusive os sintomáticos; F10 a F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos a substância psicoativa; F20 a F29 - Esquizofrenia, transtornos esquizofrênicos e transtornos delirantes; F30 a F39 - Transtornos de Humor; F40 a F48 - Transtornos Neuróticos e transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes; F50 a F59 - Transtornos comportamentais associados a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; F60 a F69 - Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; F70 a F79 - Retardo Mental; F80 a F89 - Transtornos do desenvolvimento psicológico; F90 a F98 - Transtornos comportamentais e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência.

Fonte: PMPR, JUNTA MÉDICA, 2007.

Predominam os distúrbios relacionados ao estresse, especialmente o TEPT, resultado principalmente do confronto armado (F40 a F48) em 44,16%, seguidos dos transtornos de humor (F30 a F39) em 33,07% e dos relacionados ao uso de substâncias psicoativas como o álcool e drogas (F10 a F19) em 13,4% (Figura 3).

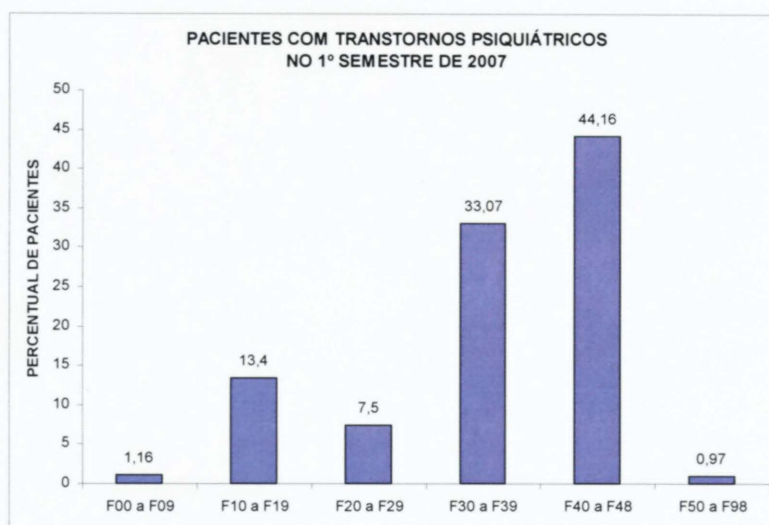


Figura 3 – Percentual dos pacientes afastados de acordo com os transtornos psiquiátricos no 1º semestre de 2007, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10).  
Fonte PMPR, JUNTA MÉDICA, 2007.

Observando-se na tabela 2, abaixo, a ocorrência de TEPT é mais freqüente nas seguintes unidades: no 12º BPM em 22 dos 39 pacientes atendidos (56,41%), no 13º BPM em 59 dos 77 (76,62%), no 17º BPM 21 dos 35 (60%), na Companhia de Choque, em 21 dos 24 pacientes atendidos (87,50%).

Estes dados revelam que o TEPT é considerado o transtorno mental mais freqüente dos atendimentos pela Junta Médica da PMPR, seguido dos transtornos de ansiedade. A área do 13º BPM é considerada como uma região de alto índice de criminalidade, resultando em uma quantidade considerável de confrontos armados. O mesmo acontece com a Companhia de Choque, a qual é uma unidade operacional atuando no apoio de todos os Batalhões, conseqüentemente estas duas unidades ressaltam-se entre as demais pelo percentual elevado de transtornos relacionados com o TEPT (F40 a F48).

O alcoolismo também é um fator importante para aumentar a gravidade dos transtornos mentais, e freqüentemente está subdimensionado nas estatísticas. Isto ocorre porque alguns pacientes que não estão enquadrados nos diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido a substância psicoativa (F01 a F20), não foram identificados durante a primeira avaliação, mas podem estar fazendo uso abusivo destas substâncias, sendo a causa do seu problema.

Muitos pacientes referem somente aos sintomas de ansiedade, distúrbios físicos como alteração de pressão arterial, medo de morrer, dificuldade respiratória, sintomas de pânico. Todos esses sintomas podem estar relacionados às conseqüências do uso de drogas ou da abstinência. Muitas das queixas que envolvem ansiedade, depressão e transtorno afetivo bipolar podem estar relacionadas com abuso ou dependência de álcool ou drogas. Então deve-se insistir na busca ativa desta informação, para que se possa realmente ter um relato real da situação.

É muito importante ressaltar a importância dos transtornos mentais como doença crônica e incapacitante. Das 26 reformas por invalidez no primeiro semestre de 2007 encaminhadas à Previdência do Estado do Paraná, 15 (57,7%) foram motivadas por transtornos mentais: 2 (F0 a F09), 2 (F10 a F19), 3 (F21 a F29), 7 (F30 a F39) e 1 (F40 a F48). Portanto, os transtornos mentais estão entre as principais causas de incapacidade definitiva na Polícia Militar.

Como fora mencionado, o custo com o tratamento e com o prejuízo do afastamento do policial do trabalho é substancial, impondo-se medidas para reduzir estes gastos. Para ter-se idéia do valor pago pela Polícia Militar do Paraná através do FASPM (Fundo de Atendimento à Saúde do Policial-militar), com internamentos psiquiátricos no período de janeiro a junho de 2007, constatando-se que foram gastos R\$ 411.793,27 com internamentos psiquiátricos nas três clínicas conveniadas (tabela 3).

Tabela 3. Despesas médicas com internamentos psiquiátricos no 1º semestre de 2007.

Hospital / Clínica	Bom Retiro	Porto Seguro	Helio Rotemberg
Janeiro	R\$ 5.056,82	R\$ 6.386,06	R\$ 18.024,27
Fevereiro	R\$ 34.552,30	R\$ 3.860,69	R\$ 63.670,12
Março	R\$ 14.407,37	R\$ 10.891,57	R\$ 46.015,85
Abril	R\$ 6.744,79	R\$ 14.422,22	R\$ 42.662,20
Mai	R\$ 35.467,01	R\$ 11.340,55	R\$ 41.336,23
Junho	R\$ 14.942,77	R\$ 2.513,45	R\$ 39.498,99
Total	R\$ 111.171,06	R\$ 49.414,55	R\$ 251.207,66
Número de pacientes	49	46	97
Média por paciente	R\$ 2.200,00	R\$ 1.800,00	R\$ 2.500,00

Fonte FASPM, 2007.

Por meio de procura ativa por levantamento dos prontuários na Junta Médica da PMPR no mês de fevereiro de 2007, dos 115 policiais afastados por diagnóstico de transtorno mental “F45”, 45 (39,13%) estavam afastados há mais de um ano, implicando em um custo mensal de R\$ 58.950,00, com custo anual de R\$ 707.400,00.

Um dos grandes problemas com os pacientes com transtornos mentais é a reinserção ao trabalho, já que muitos desses pacientes não realizam o tratamento adequado, por vários motivos: por não terem meios na sua cidade, pela dificuldade de locomoção, por falta de motivação, ou por tratar-se de pessoas portadoras de doença crônica. Percebe-se que há pouca disponibilidade de clínicas que atendem os pacientes do SAS, principalmente no interior do Estado, como também não há uma boa qualidade no atendimento ao paciente de modo integral, preocupando-se pouco com seu retorno às atividades laborais.

Considerando-se o custo financeiro ao Estado pelo tempo parado, tomando os valores de referência na média do salário de um soldado em início de carreira, aproximadamente R\$ 820,00 e o salário de um terceiro sargento com mais de 10 anos de serviço, aproximadamente R\$ 1.800,00, o custo anual ficará acima de R\$ 707.400,00. Com esta importância, pode-se incluir 32 soldados ao mês (dados estes fornecidos pelo Centro de Recrutamento e Seleção da PMPR), aumentando assim o efetivo de maneira considerável, diminuindo a sobrecarga dos que estão trabalhando.

A Nota de Instrução N°002/2003 – PM/3 de 27 de novembro de 2003, “Atenção psicossocial a policiais militares e bombeiros militares envolvidos em ocorrências de alto risco”, estabelecia aos integrantes da Corporação, as normas

para atendimento psicossocial a policiais e bombeiros-militares, envolvidos em ocorrências de alto risco; e a prevenção do alcoolismo na PMPR atuando na profilaxia, diagnóstico precoce, tratamento e medidas para evitar recaídas.

A Lei Nº 15.448 de 15 de janeiro de 2007, no seu artigo 1º, obriga a todos os Policiais Civis e Militares da ativa, a cada 12 meses passarem por uma junta de três profissionais: médico, psicólogo e assistente social, para avaliação e constatação da capacidade laboral para exercerem suas funções. Estabelece que em caso de qualquer anomalia, o policial deve ficar afastado das suas atividades por 3 meses para tratamento. Constatando-se que o problema persiste, opina-se por readaptação ou por reforma por invalidez

**Lei n.º 15.448 de 15 de janeiro de 2007.**

Dispõe sobre exame psiquiátrico em Policiais Civis e Militares, que se encontram na ativa.

A Assembléia Legislativa do Estado do Paraná aprovou e eu promulgo, nos termos do § 7º do Artigo 71 da Constituição Estadual, os seguintes dispositivos do Projeto de Lei nº 509/05:

**Art. 1º** Passa a ser obrigatório exames psiquiátricos em todos os Policiais Civis e Militares que se encontram-se na ativa:

I – todos os Policiais Civis e Militares ficam obrigados a cada 12 (doze) meses, a passarem por uma junta de três profissionais: médico, psicológico e assistente social para avaliação e constatação da capacidade laborativa para exercerem suas funções;

II – caso constatado qualquer anomalia no Policial pela junta psicossocial, o mesmo deverá ser afastado de suas funções típicas, por 03 (três) meses para tratamento com profissionais especializados;

III – constatando que a anomalia do policial é irreversível, à junta psicossocial e a perícia medica deverão opinar por uma readaptação ou aposentadoria por invalidez;

IV – em caso de readaptação, o policial somente poderá realizar serviços administrativos, sendo-lhe retirada a arma, a insígnia e na carteira funcional deve constar o cargo administrativo e que seja suprimido o porte de arma do mesmo.

É muito importante que haja uma lei, obrigando os policiais ao exame periódico de sanidade mental, não apenas identificando aqueles que apresentam doenças já estabelecidas, colocando em risco os cidadãos, mas também fazer um diagnóstico precoce de situações que ainda não se caracterizaram por doença mental propriamente dita. É por meio do diagnóstico precoce que se conseguem melhores resultados com menor custo.

A Polícia Militar é uma organização, com aproximadamente 17.000 pessoas, trabalhando em setores diferentes, com atividades diversas. Dever-se-á separar aqueles que trabalham em locais de alto risco dos que exercem atividades burocráticas de baixo risco ou daqueles que já estão em tratamento por transtornos

mentais. Esta avaliação periódica devia ser programada de acordo com o risco inerente ao trabalho, no momento em que o policial está atuando. Por exemplo: um PM que trabalha no 13º BPM ou na Companhia de Choque apresenta um risco maior do que aquele que trabalha em serviço burocrático.

## CAPÍTULO 5

"Os covardes morrem muitas vezes antes da morte, o valente experimenta o gosto da morte somente uma vez."

William Shakespeare

### 5 AVALIAÇÃO PERIÓDICA DO POLICIAL-MILITAR

No capítulo anterior, após uma avaliação das dispensas médicas homologadas pela Junta Médica da PMPR, demonstrou-se que as doenças mais comuns afetando o policial-militar, foram os transtornos mentais, principalmente os relacionados com o estresse pós-traumático, seguido dos transtornos de humor e abuso de álcool e drogas. Conforme os dados levantados junto ao FASPM, revelou-se que são gastos muitos recursos financeiros no tratamento destes pacientes. Ressaltou-se a importância de estabelecerem-se programas de prevenção, que gerem custos econômicos e sociais muito menores que o tratamento após a doença já estabelecida, racionalizando-se assim os gastos com a saúde.

Neste capítulo, discutir-se-á a importância da implantação de programas de avaliação periódica e de prevenção de doenças mentais na PMPR, com ênfase na implantação de programas de prevenção e diagnóstico precoce, diminuindo-se a morbidade, melhorando-se assim a qualidade de vida, e eficiência na atividade do policial.

A participação da Polícia Militar apresenta uma importância fundamental para que se atinja os seus objetivos de polícia ostensiva e a preservação da ordem pública, bem como as atividades de defesa civil, combate aos incêndios, busca e salvamento quando os Bombeiros Militares fazem parte dela. O policial-militar é o representante legal desta atividade que, obediente à uma rígida disciplina e hierarquia, freqüentemente se vê à frente de situações envolvendo o risco da manutenção da sua própria vida. Ele é cidadão comum, devendo apresentar um comportamento exemplar.

A segurança pública é a atividade Estatal mais importante pois assegura a ordem social, a manutenção do bem, da propriedade, e ainda mais importante, da vida das pessoas. Ela influencia diretamente a qualidade de vida das pessoas, pois

em um país sem segurança, não se pode conviver com as demais pessoas em harmonia.

Para que os profissionais tenham boa produtividade, ou seja, uma boa eficiência no seu trabalho, é importante que eles tenham uma boa qualidade de vida. Esta pode ser refletida pela suas necessidades básicas satisfeitas, estabilidade profissional, boa saúde, boas amizades, perspectivas de crescimento profissional, boas condições de equipamento, bom relacionamento com os colegas e respeito das pessoas com quem se relacionam.

Sabe-se que o trabalho policial-militar, pelas suas características de altos níveis de estresse, facilidade do contato com drogas ilícitas, situações de risco elevado, pode acarretar o desenvolvimento de transtornos mentais e a associação deles favorecendo a um comportamento violento.

Com base nos dados apresentados, identificou-se que as situações de estresse, e em associação aos outros fatores como alcoolismo e ou uso de drogas psicoativas, são as causas mais comuns dos transtornos mentais na PMPR. Estes transtornos são mais freqüentes nas cidades maiores, como Curitiba, Região Metropolitana, Ponta Grossa, Londrina, Maringá e Cascavel, onde as ocorrências policiais são mais complexas, envolvendo freqüentemente confrontos armados.

Observa-se que há um enorme gasto de recursos financeiros para o tratamento destes transtornos (internamentos hospitalares e medicamentos), com o período de afastamento do policial-militar de suas atividades. Os dados apresentados não avaliam os transtornos familiares com a desagregação entre os casais, problemas financeiros causados pelo consumo excessivo de álcool e ou drogas psicoativas, baixa produtividade no trabalho, baixa auto-estima, risco de suicídio, o aparecimento de doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, cefaléias, lombalgias, e depressão).

É de suma importância o desenvolvimento de medidas que passem a controlar estes transtornos de modo a preveni-los, objetivando a melhoria da qualidade de vida de seus integrantes, estruturando, bem como propondo novos passos em relação às prevenções em todos os níveis. Sabe-se que o intuito da prevenção é a redução da taxa de sua ocorrência de qualquer dos transtornos. Assim, as atividades preventivas visam à proteção específica, à promoção da saúde, ao tratamento e à reabilitação.

A Lei Nº 15.448, de 15 de janeiro de 2007 do Estado do Paraná, no seu artigo 1º, obriga a todos os policiais civis e militares da ativa, a cada 12 meses passarem por uma junta de três profissionais: médico, psicólogo e assistente social, para avaliação e constatação da capacidade laboral para exercerem suas funções; portanto se faz necessária a criação de Juntas Permanentes de Avaliação Psiquiátrica (JPAP), para que se possa realizar uma avaliação periódica dos policiais militares da ativa, identificando aqueles que apresentem mínimas alterações de comportamento ou sintomas de distúrbio psiquiátrico.

É muito importante que sejam instituídas Juntas Permanentes de Avaliação Psiquiátrica (JPAP), compostas como prevê esta lei. Todos os policiais deveriam passar por critérios de avaliação, considerando-se uma estratificação de acordo com o local onde o policial atua, estabelecendo níveis de risco. Para os policiais que trabalham em locais de alto risco (Curitiba, Região Metropolitana, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel), deveria haver avaliações em períodos entre 6 a 12 meses. Para os policiais que trabalham em zonas de baixo risco, atividades com baixo nível de estresse, estes deveriam comparecer à Junta Psiquiátrica entre 2 a 3 anos. A partir da primeira avaliação esta junta definiria quando o policial deverá voltar. Este procedimento poderia evitar gastos desnecessários, rótulos, estereótipos, e preconceitos com as avaliações mentais.

Para que se atinjam os objetivos da lei, faz-se necessária a implantação de um Centro Terapêutico (CETE) junto às instalações do Hospital da Polícia Militar (HPM), bem como nas regionais de saúde no interior do Estado do Paraná, pois não adianta identificar o problema se não tratá-lo. Com a implantação destes centros especializados de excelência, pode-se reduzir tanto os custos com o tratamento quanto do período de afastamento do trabalho, objetivando a reinserção do policial à sua atividade-fim.

Dentro destas avaliações psiquiátricas, do mesmo modo, podem-se incluir avaliações clínicas periódicas, para a detecção precoce de doenças ligadas ao estresse como: a hipertensão arterial, úlcera péptica, lombalgias, e aquelas doenças crônicas não relacionadas com a atividade policial: a prevenção do diabetes, da obesidade, do câncer de próstata para os homens, do câncer de mama e colo de útero para as mulheres.

Dentro destas avaliações, supõe-se que sejam realizados exames toxicológicos e laboratoriais de rotina para observar doenças comuns ao processo

de saúde ocupacional e quanto ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. A promoção da prevenção deve ocorrer em todos os níveis, dentro de uma real preocupação com a saúde da tropa.

Dentro de um programa de avaliação periódica, se faz necessária a criação de normas para o controle do tratamento das doenças mentais, aprimorando o gerenciamento das dispensas médicas por transtornos mentais, e oferecendo um tratamento de qualidade, padronizado e digno para o policial. Neste CETE, serão realizados os programas de prevenção das recaídas dos transtornos psiquiátricos, criando programas para o tratamento, a reabilitação e a readequação profissional.

Em conjunto com o CETE, devem ser estabelecidas medidas para a diminuição ou eliminação dos fatores que representam sobrecarga; melhorias no ambiente de trabalho; aumento da capacitação; criação de uma página na *intranet*, com informações dos serviços disponíveis no SAS/DP, CETE, JPAP, bem como um espaço para os textos voltados à área da saúde como um todo; treinamento específico das chefias; controle informatizado de dados clínicos e funcionais dos PM.

Para que sejam atingidos plenamente os objetivos destes programas de prevenção, devem ser reconhecidos de modo precoce os policiais portadores de dependência alcoólica e serem encaminhados para terapia adequada, tendo como meta principal a abstinência. Para tanto é importante considerar: elaboração e divulgação de normas padronizadas, adequadas e coerentes, de conduta para todos; aplicação de testes para facilitar no diagnóstico do alcoolismo: CAGE<sup>2</sup>, os 15 Itens de Dependência e o SADD<sup>3</sup>; reformular e readequar o programa de atenção ao alcoolismo e outras drogas na PMPR.

É fundamental a participação dos familiares, dos amigos e colegas de trabalho, e das chefias para o pleno restabelecimento do policial. Portanto, é importante que haja um programa de reinserção social do PM, com o objetivo de evitar as recaídas, e acima de qualquer coisa rever seu projeto de vida. Não é suficiente viver longe da droga, é preciso redescobrir o gosto e o sentido pela vida.

---

<sup>2</sup>CAGE – Abreviação de 4 perguntas para triagem do uso ou abuso de substância psicoativa C – *Cut Down* (Alguma vez o paciente sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?) A – *Annoyed* (As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?), G – *Guilty* (O paciente se sente culpado pela maneira que costuma beber?), E – *Eye opened* (O paciente costuma beber pela manhã, para diminuir o nervosismo ou ressaca?).

<sup>3</sup>SAAD – Avaliação do grau da dependência dos 15 itens. Critérios da Associação Médica Americana

Ainda deve-se rever o desenho do projeto de vida nas áreas essenciais como: aspectos familiares, profissionais, econômicos, financeiros, comunitários, espirituais, médicos e psicológicos.

## 6 CONCLUSÃO

A atividade policial é considerada uma profissão de elevado risco para o desenvolvimento de doenças profissionais por caracterizar-se como uma atividade envolvendo momentos de confronto armado, situações de violência extrema, participação ao socorro a vítimas, mobilização quando ocorrem desastres naturais, gerenciando e operacionalizando a defesa civil.

De acordo com os levantamentos estatísticos realizados, os transtornos mentais destacam-se entre os principais problemas de saúde que afetam o policial militar. Dentre eles, o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é o transtorno mental mais comum, seguido dos transtornos de humor e abuso de álcool ou drogas.

Observou-se que os transtornos mentais ocorrem principalmente nos grandes centros urbanos, reflexo da complexidade e violência dentro das ocorrências policiais. Nestes centros como Curitiba, Região Metropolitana, Londrina, Maringá, Cascavel, e Ponta Grossa, houve um maior número de ocorrências, principalmente as relacionadas ao estresse e TEPT.

Constata-se que o abuso de substâncias psicoativas e ou álcool, associados às doenças mentais, estão intimamente ligados ao comportamento violento, desestruturação familiar, baixa produtividade no ambiente profissional e piora na qualidade de vida. Estes hábitos muitas vezes já estavam presentes antes do ingresso na corporação, portanto, deve ser desestimulado desde o início quando o policial é incluído na Corporação.

Salienta-se que os custos envolvidos são muito elevados, não apenas com o tratamento, mas considerando-se o período em que o policial militar não está disponível para o trabalho. Paralelamente, há uma grande dificuldade em conseguir-se a plena recuperação dos pacientes e reinserção ao trabalho. Isto deve-se ao fato de que o tratamento é realizado em clínicas particulares e conveniadas, não havendo programas específicos, e bem estruturados, objetivando a reabilitação profissional.

É fundamental que se desenvolvam mecanismos para a identificação precoce de pequenos desvios de comportamento, e de instabilidade emocional, para que se possam tomar medidas efetivamente preventivas, afastando o policial

da sua atividade e encaminhando-o para um tratamento adequado. Deve-se observar que a manutenção da sua dignidade e reinserção ao meio familiar, social e profissional seja almejada, evitando assim que se estabeleça um preconceito com o doente mental e prejudique a sua reabilitação.

Para que se consigam alcançar os objetivos de efetivamente iniciar um trabalho de prevenção dos transtornos mentais, sugere-se que sejam implantadas várias unidades de triagem e tratamento psiquiátrico dentro da Polícia Militar, como: as Juntas Permanentes de Avaliação Psiquiátrica (JPAP) e o Centro Terapêutico. Estas unidades têm por objetivo idealizar e disseminar os programas de prevenção de saúde mental, em todo o Estado do Paraná, não apenas por intermédio de profissionais da área de saúde, mas também com o envolvimento de familiares, amigos, chefias diretas e indiretas.

Ao mesmo tempo em que se desenvolvem as atividades de prevenção da saúde mental, sugere-se que se iniciem atividades de prevenção e promoção de saúde como um todo, atuando na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças como: o diabetes, a obesidade, as doenças coronarianas, as lombalgias crônicas, a hipertensão arterial, os distúrbios do colesterol e triglicerídeos. Deve-se observar a importância da qualidade de vida, e mantendo-se uma boa saúde da tropa com bons hábitos, poder-se-á melhorar o desempenho do policial na sua atividade profissional.

Propõe-se, ainda, que sejam instituídas Juntas Permanentes de Avaliação Psiquiátrica (JPAP), compostas como prevê a lei. Considerando-se as Áreas Integradas de Segurança Pública<sup>4</sup>, sugere-se que sejam instaladas 2 delas em Curitiba e Região Metropolitana; e 21 para o interior do Estado nas suas regionais, evitando-se assim o deslocamento dos policiais ou dos profissionais de saúde de suas regiões, diminuindo-se os custos pessoais e transtornos ao desempenho de suas atividades laborais.

As unidades de atendimento psiquiátrico devem seguir um nível técnico de excelência, seguindo condutas padronizadas de diagnóstico, e programas pré-estabelecidos de prevenção utilizando-se de protocolos de atendimento e uniformizando-se assim as tomadas de decisões. Objetiva-se uma melhoria significativa na qualidade de vida do policial militar, bem como colocar à disposição

---

<sup>4</sup> DECRETO ESTADUAL Nº 2834/2004

da comunidade profissionais que estejam com sua saúde física e mental em perfeitas condições de atuar de modo pleno, com qualidade e eficiência.

## 7 REFERÊNCIAS

- AFFONSO, Leonel Archanjo. Cel PMMG. **Polícia Militar e Constituinte**. O Alferes nº 6, mai-ago 1986.
- ALMEIDA, Klinger Sobreira de, Cel PMMG. **A manutenção da ordem pública e as polícias militares**. CSPM/PMSP 1979, p. 12-14.
- BERNARDI, M.A. **Felicidade é Sinônimo de Produtividade**. Revista Exame, 1994, 8, 57-63.
- BRESLAU, N., CHILCOAT. H.D., KESSLER, R.C., PETERSON, E.L. LUCIA,V.C. **Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder**. Psychol Med 1999; 29:1813-21.
- CHIAVENATO, I. **Felicidade é sinônimo de Produtividade**. Revista Decidir, São Paulo: junho, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Gerenciando Pessoas**. 3.<sup>a</sup> edição. São Paulo: Makron Books, 1997.
- COBRA, M. **Administração de Marketing**. 2.<sup>a</sup> edição. São Paulo: Atlas, 1992.
- CRETELLA JÚNIOR, J. **Manual de direito administrativo**, Ed. Forense Universitária, 1995.
- EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo**. 2 ed. Ed. Martins Fontes, São Paulo, SP,1995.
- FASPM, **Fundo de Assistência à Saúde do Policial Militar**. PMPR, 2007
- FRIEDMAN A. R., **Violence and Mental Illness – How Strong Is the Link?** N Engl J Med 355; 2006, 2064-2066.
- HOBBS, T. **Leviathan**. Traduzido pelo autor, 1651. Pesquisado no site. <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.jsp>
- JACQUES, M. G. C. **Trabalho organização e cultura**. Artigo **Identidade e trabalho, uma articulação indispensável**. Coletânea, Gráfica, São Paulo, 1998.
- KAPLAN, H. I., SADOCK., B.J., GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**. 7<sup>a</sup> Ed. Artmed, São Paulo, SP,1994.
- KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C. B., **Post-traumatic stress disorder in the National comorbidity Survey**. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:1048-60.
- LEMGRUBER, J. MUSUMECI, L., CANO, I. **Quem vigia os vigias: Um estudo sobre controle externo da polícia no Brasil**, Rio de Janeiro: Record, 2003. Contracapa, 317p.

MAIA, D.B., MARMAR, C.R, METZLER, T. NOBREGA, A., BERGER, A., MENDLOWICZ, M.V., COUTINHO, E.S., FIGUIRA, I. **Post-traumatic stress symptoms in na elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning ando n physical and mental health.** J Affect Disord. 2007; 97:241-5.

MAQUIAVEL, N. **O Príncipe.** Ed. 2ª Maio, 1976, Traduzido por Rodrigues, F.P.Ed. Original 1513.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B., LEITER, M.P. **Job burnout.** Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.

MENDES, A. M. B. **Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours.** Revista Psicologia Ciência e Profissão, 1995 34-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2ª Ed. Revista e ampliada, série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. <http://w3.datasus.gov.br/datasus>. Consulta em setembro de 2007.

NICASTRI, S. **Prevenção do uso de drogas** artigo no Jornal Brasileiro de Dependências Químicas. São Paulo, junho de 2001.

NIDA. **Principles of Drug Addiction Treatment: a research-based guide.** Bethesda, Maryland, The National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health, The US Department of Health and Human Services. USA, 2001.

OCHELISKI, J.F.A, WOLTER, C.V.C, MODESTI, M. **Programa de prevenção do alcoolismo,** Curitiba, 2002, 80p.

OCHELISKI, J.F.A, **A importância do acompanhamento psicológico do policial militar que em serviço se envolve em confronto armado causando morte ou lesão corporal.** Curitiba, 1998, 74p.

ONU, **Manual das Nações Unidas para treinamento para policiais,** 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **CID-10/Organização Mundial de Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para classificação de doenças em português,** 6ª ed. reimpressão, São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança,** 1ª ed., Lisboa, abril 2002.

REHFELDT, K. H. G. **Álcool e Trabalho Prevenção e Administração do alcoolismo na Empresa,** Ed E.P.U., São Paulo, 1989.

ROUSSEAU, J. J. **O Contrato Social ou Princípios do Direito Político,** Ed Escala, 1997, Ed. original 1762.

MALUF, S. **Teoria Geral do Estado**. 23ª Ed, São Paulo, Saraiva, 1995, p.275.

SCHEEFER, R. **Aconselhamento psicológico**. 7 ed, Ed. Atlas, 1986.

SOLOMON, R. M. **Trauma pós-tiroteio**. Traduzido por Carakushanski, M. S. Revista especial O Estresse policial, maio, 1993.

SWANSON J. W, SWARTZ M. S. ESSOCK S. M. et al, **Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods**. Arch Gen Psychiatry 1998; 55:393-401.

TAMAYO, A., BORGES-ANDRADE, J. E., CODO, W. **Trabalho organizações e cultura**. Coletânea, Gráfica, São Paulo, 1998.

\_\_\_\_\_;LIMA, M. E. A., **Trabalho organização e cultura**. Artigo A pesquisa em saúde mental e trabalho. Coletânea, Gráfica, São Paulo, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Biblioteca Central. **Normas para Apresentação de Trabalho**. v. 2. Curitiba: Ed. da UFPR, 2000.

VALLA, W. O. **Deontologia policial-militar: ética profissional**. AVM, 2000.

YEHUDA, R. **Post-traumatic stress disorder**. N Engl J Med 2002;346:108-114.

ZANELLI, J. C., SILVA, N. **Programa de preparação para aposentadoria**, Ed. Insular, Florianópolis, 1996.