



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SEGURANÇA PÚBLICA,**  
**DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA**

**LINHA DE PESQUISA I: DEFESA SOCIAL, GESTÃO PÚBLICA E**  
**SUSTENTABILIDADE**

**ADOCIMENTO PSICOLÓGICO: UM RISCO SILENCIOSO ENFRENTADO**  
**PELO POLICIAL PENAL NO ESTADO DE RORAIMA**

**ADRIANA TIMOTEO DO VALE**

Dissertação/Produto Final

BOA VISTA/RR

2023

**ADRIANA TIMOTEO DO VALE**

**ADOECIMENTO PSICOLÓGICO: UM RISCO SILENCIOSO ENFRENTADO PELO  
POLICIAL PENAL NO ESTADO DE RORAIMA**

BOA VISTA/RR

2023

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TCC, TESES E  
DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NO SITE DA UERR**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Estadual de Roraima – UERR a disponibilizar gratuitamente através do site institucional <https://www.uerr.edu.br/multiteca/>, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**

( ) Trabalho de Conclusão de Curso ( x ) Dissertação ( ) Tese

**2. Identificação do TCC, Dissertação ou Tese**

**Autor:** Adriana Timoteo do Vale

**E-mail:** drikaval@hotmai.com

**Agência de Fomento:**

**Título:** ADOECIMENTO PSICOLÓGICO: UM RISCO SILENCIOSO ENFRENTADO PELO POLICIAL PENAL NO ESTADO DE RORAIMA.

**Palavras-Chave:** Qualidade de vida. Policial penal. Direitos Humanos. Prevenção. Trabalho laboral. Sofrimento Psíquico.

**Palavras-Chave em outra língua:** Quality of life. Criminal police. Human rights. Prevention. Labor work. Psychic Suffering.

**Área de Concentração:**

**Grau:** Mestrado **Curso de Graduação:**

**Programa de Pós-Graduação:** Mestrado Profissional em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania - MPSPDHC

**Orientador(a):** Dr. Emannel Maciel da Silva Ramiro

**E-mail:** emannelmaciel@hotmail.com

**Co-orientador(a):**

**E-mail:**

**Membro da Banca:** Dr. Paulo Eduardo Barni.

**Membro da Banca:** Dr<sup>a</sup>. Stela Aparecida Damas da Silveira.

**Membro da Banca:** Dr. Marcos Pereira da Silva.

**Data de Defesa:** 23/03/2023 **Instituição de Defesa:** Uerr.

**DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA**

**O referido autor:** 1. Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade; 2. Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Estadual de Roraima os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

**Informações de acesso ao documento:**

**Liberação para disponibilização:** ( x ) Total ( ) Parcial

**Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:** ( ) Capítulos. Especifique. ( )

**Outras restrições.** Especifique. \_\_\_\_\_

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF e DOC ou DOCX da dissertação, TCC ou tese.

**Assinatura do(a) autor(a):** Adriana Timoteo do Vale **Data:** 23/03/2023

ADRIANA TIMOTEO DO VALE

**ADOECIMENTO PSICOLÓGICO: UM RISCO SILENCIOSO ENFRENTADO PELO  
POLICIAL PENAL NO ESTADO DE RORAIMA**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
graduação como parte dos requisitos necessários à  
obtenção do título de Mestre em Segurança Pública,  
Direitos Humanos e Cidadania pela Universidade  
Estadual de Roraima.**

**BOA VISTA/RR**

**2023**

**Copyright © 2023 by Adriana Timoteo Do Vale**

Todos os direitos reservados. Está autorizada a reprodução total ou parcial deste trabalho, desde que seja informada a **fonte**.

Universidade Estadual de Roraima – UERR  
Coordenação do Sistema de Bibliotecas  
Multiteca Central  
Rua Sete de Setembro, 231 Bloco – F Bairro Canarinho  
CEP: 69.306-530 Boa Vista - RR  
Telefone: (95) 2121.0946  
E-mail: biblioteca@uerr.edu.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V149p	Vale, Adriana Timoteo. Adoecimento Psicológico: Um risco silencioso enfrentado pelo policial penal no Estado de Roraima. / Adriana Timoteo Do Vale. – Boa Vista (RR) : UERR, 2023. 121 f. il. Color ; PDF  Orientador: Prof. Dr. Emanuel Maciel da Silva Ramiro.  Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Roraima (UERR), Programa de Pós-Graduação em Educação em Mestrado Profissional em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania (MPSP).  1. Qualidade de vida. Policial penal. Direitos Humanos. Prevenção. Trabalho laboral. Sofrimento Psíquico. I. Ramiro, Emanuel Maciel da Silva (orient.) II. Universidade Estadual de Roraima – UERR III. Título.  UERR. Dis.Mes.Seg.Pub.2023 CDD – 341.5
-------	---


Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária  
Letícia Pacheco Silva – CRB 11/1135


**ADRIANA TIMOTEO DO VALE**


**ADOECIMENTO PSICOLÓGICO: UM RISCO SILENCIOSO ENFRENTADO PELO  
POLICIAL PENAL NO ESTADO DE RORAIMA.**


**Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Segurança Pública Direitos  
Humanos e Cidadania a Universidade Estadual de Roraima, como parte dos  
requisitos para obtenção do título de Mestre em Segurança Pública Direitos  
Humanos e Cidadania.**

**Dissertação de Mestrado defendida e aprovada em 23/03/2023, perante a Banca  
Examinadora, constituída pelos seguintes membros:**

  
Prof. Dr. Emanuel Maciel da Silva Ramiro  
(Presidente da Banca)  
Universidade Estadual de Roraima – UERR

  
Prof. Dr. Paulo Eduardo Barni.  
(Membro Titular)  
Universidade Estadual de Roraima – UERR

  
Prof. Dr.(a) Stela Aparecida Damas da Silveira.  
(Membro Titular)  
Universidade Estadual de Roraima – UERR

  
Prof. Dr. Marcos Pereira da Silva  
(Membro Titular)  
Faculdade Cathedral – FACES

Prof. Dr. Cláudio Travassos Delicato  
(Membro Suplente)  
Universidade Estadual de Roraima – UERR

BOA VISTA/RR  
2023

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os professores do Programa de Mestrado em Segurança Pública, Direito Humanos e Cidadania da Universidade Estadual de Roraima.

Ao prof. orientador, por todas as orientações imprescindíveis à conclusão desse desafio, por sua dedicação, paciência e motivação.

Aos professores doutores que aceitaram fazer parte da banca, o meu muito obrigada.

À Prof<sup>a</sup> Dra Stela Damas que sonhou comigo essa conquista e não deixou desistir.

A minha família direta, noivo, filhos, mãe, pai, irmãos, sobrinhos, por todo incentivo, a compreensão dos momentos que estive ausente, essa conquista também e de vocês.

A minha amiga Cinthia de Faria, por toda ajuda nas leituras infinitas do produto final.

Rafaela Figueiredo por todo incentivo e não deixar eu desistir desse sonho.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, que, por lapso ou por limite de escrita, não foram especificamente referidas, simplesmente vos digo: - Muito obrigado.

Dedico essa Dissertação aos meus filhos,  
constantes motivadores da busca pelo  
amadurecimento profissional e humano.



“Crescer custa, demora, esfolta, mas compensa. É uma vitória secreta, sem testemunhos. O adversário somos nós mesmos”.

Sigmund Freud.

## RESUMO

O trabalho é um fator fundamental ao indivíduo, garantindo-lhe, integração social e identidade pessoal. Ao se pensar no bem-estar laboral, há o entendimento de que a qualidade de vida no trabalho condiciona-se a vários fatores motivacionais que garantem bem-estar, gratificação e crescimento pessoal ao empregado. A segurança pública apresenta-se como uma demanda urgente da sociedade. Eleva-se a cobrança por eficiência das instituições públicas, principalmente o policial penal, sendo esses os profissionais da linha de frente do sistema carcerário. Quanto mais penosa e insalubre a profissão exercida com alto risco ocupacional, fazendo com que essa categoria profissional apresente um alto grau de vulnerabilidade promovendo o sofrimento psíquico, já que seu exercício profissional é marcado por uma rotina de constante tensão e perigo. Instituiu-se o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) como uma política de Estado para buscar soluções. Tendo como objetivo a promoção de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) para o policial penal. Este trabalho propõe-se a investigar os fatores que influenciam na qualidade de vida do policial penal sob o aspecto da saúde mental. O método utilizado na pesquisa consiste em pesquisa documental com fulcro na literatura especializada quanto aos procedimentos, baseada em informações registradas em dados disponibilizados pela Secretaria de Justiça e cidadania SEJUC, livros, artigos acadêmicos e publicações sobre o assunto. Com grande relevância para o conhecimento este tema pode auxiliar na formação de políticas públicas e inovação legislativa para proteção do policial penal, garantindo seus direitos fundamentais e tratamento direcionado a esta população, conseqüentemente, o fortalecimento da organização e a satisfação do interesse público com um serviço público de qualidade. Considerando que pouco se produz e se reflete acerca o sofrimento psíquico ocasionado pela atuação diária desses profissionais, bem como o desenvolvimento de novas pesquisas.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Policial penal. Direitos Humanos. Prevenção. Trabalho laboral. Sofrimento Psíquico.

## ABSTRAT

Work is a fundamental factor for the individual, guaranteeing social integration and personal identity. When thinking about well-being at work, there is an understanding that the quality of life at work is conditioned to several motivational factors that guarantee well-being, gratification and personal growth to the employee. Public safety is an urgent demand from society. The demand for efficiency of public institutions increases, especially the criminal police, who are the front line professionals of the prison system. The more painful and unhealthy the profession carried out with high occupational risk, making this professional category present a high degree of vulnerability promoting psychological suffering, since their professional practice is marked by a routine of constant tension and danger. The Unified Public Security System (SUSP) was instituted as a State policy to seek solutions. Aiming to promote Quality of Life at Work (QVT) for the criminal police. This work proposes to investigate the factors that influence the quality of life of the criminal police officer in terms of mental health. The method used in the research consists of a bibliographical review based on the specialized literature regarding the procedures, based on information recorded in data made available by the SEJUC Department of Justice and Citizenship, books, academic articles and publications on the subject. With great relevance for the knowledge, this theme can help in the formation of public policies and legislative innovation for the protection of the criminal police, guaranteeing their fundamental rights and treatment directed to this population, consequently, the strengthening of the organization and the satisfaction of the public interest with a service quality audience. Considering that little is produced and reflected on the psychic suffering caused by the daily activities of these professionals, as well as the development of new research.

**Keywords:** Quality of life. Criminal police. Human rights. Prevention. Labor work. Psychic Suffering.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**DUDH** – Declaração Universal dos Direitos Humanos

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**SIEVAP** – Sistema Integrado de Educação e Valorização Profissional

**RENAESP** – Rede Nacional de Altos Estudos em Segurança Pública

**PRÓ-VIDA** – Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública.

**VISAT** – Vigilância em Saúde do Trabalhador

**NIAB** – Núcleo Integrado de atenção biopsicossocial

**APICS** – Academia de Polícia Integrada Coronel Santiago

**CQV** – Centro de Qualidade de Vida

**PMRR** – Polícia Militar do Estado de Roraima

**TOC** – Transtornos Obsessivos Compulsivos

**CID** – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

**SEJUC** – Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania.

**UERR** – Universidade Estadual de Roraima.

**QVT** – Qualidade de Vida no Trabalho

**SUSP** – Sistema Único de Segurança Pública

**PDSP** – Plano Decenal de Segurança Pública

## Sumário

1 INTRODUÇÃO	15
2. UM BREVE HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS	19
2.1 Direitos econômicos e sociais	24
3. DELIMITAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA	27
3.1 Qualidade de vida e trabalho	31
3.2 A qualidade de vida no trabalho da segurança pública	33
3.3 Projeto de qualidade de vida dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários	37
3.4 O sistema único de segurança pública	38
3.5 O papel das políticas públicas de saúde do trabalhador e da trabalhadora em situações de vulnerabilidade ocupacional.	40
3.6 Cuidando da saúde do agente de segurança pública em Roraima.	41
4. SAÚDE MENTAL	44
4.1 Prevenção e tratamento	49
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
5.1 Área de Estudo	52
5.2 Tipo de Estudo/Método	52
5.3 Público-Alvo	53
5.4 Classificação da Pesquisa	53
5.5 Formas de Abordagem	53
5.6 Tipos de Pesquisa	54
5.7 Procedimentos da Pesquisa	54
5.8 Instrumentos de Coleta de Dados	54
5.9 Riscos e Benefícios	55
5.10 Análise dos Dados e Discussão dos Resultados	55
6. RESULTADO E DISCUSSÃO	56
7. PRODUTO DA PESQUISA	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE A – Autorização de Pesquisa, conforme Ofício Nº 487/2022.118	

APÊNDICE B- DESPACHO 370/2022	119
APÊNDICE C- DADOS DA PESQUISA.	120

# 1 INTRODUÇÃO

O trabalho é um fator fundamental ao indivíduo, garantindo-lhe, integração social e identidade pessoal. Ao se pensar no bem estar laboral, surge o entendimento de qualidade de vida no trabalho, definida pela OMS – Organização Mundial de Saúde como, “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (The WHOQOL Group 1995 apud FLECK et al, 2000, p. 179).

Portanto, há o entendimento de que a qualidade de vida no trabalho condiciona-se a vários fatores motivacionais que garantem bem-estar, gratificação e crescimento pessoal ao empregado.

Quanto mais penosa e insalubre a profissão exercida pelo indivíduo, maior a possibilidade de adoecimento, insatisfação e diminuição de sua qualidade de vida. Nesse entendimento, destacam-se o policial penal, o qual vive em constante ameaça e risco de vida, justificando assim a necessidade de estudo acerca da qualidade de vida laboral dos profissionais dessa área.

Embora a Constituição Federal tenha tratado a segurança pública por um viés exclusivamente técnico, é certo que essa temática merece maior atenção diante dos desafios e da missão institucional dos profissionais dessa área. (BARREIRA; ADORNO, 2010; CARVALHO; SILVA, 2011; NÓBREGA JÚNIOR, 2018; RATTON, 2018; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2018; MUNIZ et al., 2018).

A segurança pública, para além de sua dimensão social, caracteriza-se como um direito fundamental inerente à sociedade (FOUREAUX, 2019), sendo que a importância e urgência da prestação deste serviço público essencial, produz consequências emocionais sobre os profissionais incumbidos de sua realização.

Minayo (2013) entendem que segurança pública é garantida pelo Estado aos cidadãos, por meio de organizações próprias, contra todo o perigo que possa afetar a ordem pública, em prejuízo da vida, da liberdade ou dos direitos de propriedade. Nesta linha, sua assunção se dá pela atuação político-jurídico mediante diretrizes contidas no texto constitucional e em normas legais.

A conceituação de segurança tem origem nos séculos XVII e XVIII com a formação dos Estados absolutistas que passaram a elaborar o desenvolvimento e a organização das cidades visando à vigilância dos seus moradores e à oferta de condições de convivência civilizada, surgindo instituições policiais, com ideia de um serviço público para o benefício de todos. (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Com efeito, as atribuições dos órgãos policiais aumentaram à proporção que as cidades cresceram, em virtude dos avanços econômicos e tecnológicos. No entanto, no Brasil a segurança pública passou a compor a agenda das políticas públicas em período relativamente recente se comparada às demais políticas sociais, com atuações mais decisivas do poder público (SAPORI, SOARES, 2019).

Os valores inerentes à democracia e à dignidade da pessoa humana passaram a repercutir nas expectativas sociais a respeito da polícia, para além do papel da coerção para controle social, associou-se ao escopo das forças de segurança pública a garantia dos direitos fundamentais.

No decorrer do século XX observou-se a atuação do Estado em favor da profissionalização e do crescimento do contingente das forças policiais, em reação ao avanço do crime organizado, com a consequente exposição de policias a um nível de estresse alto com efeitos sobre sua saúde psíquica.

Segundo levantamento anual em 2019 com publicação no ano de 2020 o Brasil contava com aproximadamente com 700 mil policiais civis, federais e militares na ativa, assim distribuídos: 13.000 policiais federais, 10.975 policiais rodoviários federais (MANTOAN E COLABORADORES, 2020), 109.440 policiais civis e 411.241 policiais militares, bombeiro militar 66.871 (Ministério da Justiça, 2020), a polícia penal com 110.000.(inforpen2021).

As polícias passaram a ser tratadas como uma “legítima problemática sociológica”, com seus desafios, ambiguidades e possibilidades de interpretação, ganhando espaço especial nas ciências sociais (MUNIZ 2015) e também em outras ciências, com abordagem sobre a organização e condições de trabalho, bem como seus reflexos em âmbito individual, organizacional e social (MINAYO, SOUZA, 2008).



Por isso, se entende como fundamental a atenção que deve ser dada ao profissional de segurança pública, mediante ações que visem a qualidade de vida no trabalho, em benefício do trabalhador e das instituições policiais, na linha das iniciativas propostas com a criação do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e a instituição do Plano Decenal de Segurança Pública (PDSP), em 2018, que trouxeram propostas neste sentido.

Compreender as relações entre trabalho, modo de vida e saúde psíquica dos trabalhadores traduz-se em um fator fundamental para que se possa tornar mais humanizada e com menos riscos o ambiente de trabalho policial. Em verdade, são vários os fatores de risco que acometem os profissionais no ambiente de trabalho, com graves efeitos sobre a mente dos policiais e que se traduzem no afastamento do trabalho e na prática de suicídio em decorrência de falhas institucionais no preparo técnico e emocional desses profissionais, uma vez que são humanos e precisam ter seus direitos, suas vidas e segurança sob o olhar justo do Estado.

Considerando os fatos descritos, surgiu grande interesse de investigar os fatores que influenciam na qualidade de vida do policial penal sob o aspecto da saúde mental, tendo como objetivo.

Portanto, esta pesquisa visa de modo geral empreender análise dedutiva com fulcro na literatura especializada sobre o tema. Sendo possível estabelecer. Como objetivos específicos: a) Analisar as ações de promoção da qualidade de vida no trabalho; b) Verificar se há associação entre as características profissionais e as principais doenças psicológicas que acometem em decorrência de sua profissão; c) Propor uma intervenção psicossocial com vistas à qualidade de vida a partir da prevenção, proteção e promoção da saúde mental dos policiais penais do Estado de Roraima. d) Objetiva-se ainda apresentar como produto final da pesquisa; a criação de um Núcleo Psicológico no bojo da Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado de Roraima - SEJUC, desenvolvendo projetos que englobam o apoio psicológico e a qualidade aos servidores.

Portanto, este estudo tem alta relevância para compreensão do problema ora investigado, e posterior apresentação de proposta de prevenção, com vistas à promoção da saúde mental do policial penal, favorecendo a criação de novos projetos que valorizem a dignidade destes profissionais.

A pesquisa está embasada em material doutrinário multidisciplinar emitidos pelos órgãos de segurança pública, com vistas à constatação do problema e sua proposta de enfrentamento. Por fim, procedeu-se às análises descritivas dos resultados obtidos.

## 2. UM BREVE HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS

De acordo com os recortes históricos que constam no site das Nações Unidas, em 1948 é constituída nova Comissão de Direitos Humanos, sendo atribuída a responsabilidade de elaborar o rascunho do documento que viria a converter na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Sendo assim, aos 10 dias de dezembro de 1948, em assembleia composta por 58 (cinquenta e oito) Estados-membros, incluindo o Brasil, foi formalmente instituída pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH).

Cabe salientar que a declaração traz em seu bojo a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, cujas características principais são a universalidade, indivisibilidade e interdependência desses direitos. É importante frisar que esses conceitos refletem uma construção histórica e social de caráter progressivo nas sociedades modernas e em âmbito internacional. Torna-se idôneo observar que o Brasil adotou como forma de proteger tais avanços, o princípio da proibição ou vedação ao retrocesso, segundo o qual os direitos fundamentais sociais, que nada mais são que os direitos humanos quando internalizados ao ordenamento jurídico pátrio, não podem ter suas conquistas e reconhecimentos desconstituídas.

Ao tratar da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Piovesan (2006) registra que após a Declaração de 1948 tem-se um marco na história do direito em âmbito mundial, pois começa a se desenvolver o Direito Internacional dos Direitos Humanos, mediante a adoção de inúmeros instrumentos internacionais de proteção. Permitiu-se a formação de um sistema internacional de proteção desses direitos, tendo como consequência a assinatura de alguns tratados e convenções internacionais.

A esse respeito, cumpre esclarecer que os Direitos Humanos foram redigidos com a incumbência de serem reconhecidos como o rol mais básico e indisponível de direitos de que o sujeito dispõe e cuja aplicação volta-se ao bem-estar e a dignidade humana. De acordo com os termos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, é inevitável reconhecer que os Direitos Humanos se caracterizam como os direitos e

liberdades básicas de todos os seres humanos. Ao trazer essa compreensão, Stürmer (2016, p.22) destaca, dentre eles:

- a) direitos civis e políticos (vida, propriedade, pensamento expressão, crença, nacionalidade e outros);
- b) direitos econômicos, sociais e culturais (**trabalho**, educação, **saúde**, previdência social, moradia etc.);
- c) direitos difusos e coletivos (paz, progresso, autodeterminação dos povos, ambiental, consumidor, inclusão digital etc.). (grifos da autora).

No III artigo da aludida Declaração assegura que “*todo o ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*”. (grifos da autora). Nesse contexto, é dever do Estado brasileiro adotar todas as providências necessárias visando à proteção da vida, da liberdade e da segurança pessoal de seus administrados, sob pena de violação aos termos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da qual é signatária e que a seus termos se obrigou.

Cabe mencionar existirem outros tratados internacionais dedicados à tutela dos direitos humanos que o Brasil aderiu, comprometendo-se a seguir o efetivo e universal respeito aos direitos consagrados em suas cláusulas. Pode-se citar o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela XXI Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas (19 de dezembro de 1966), onde o Brasil manifestou interesse em aderir por meio do depósito da Carta de Adesão (24 de janeiro de 1992) tendo sua solicitação aprovada. O pacto foi internalizado ao ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992.

Esse instrumento de Direito Público Internacional em seu Art. 5º. 2 registra:

Art. 5º, 2 Não se admitirá qualquer restrição ou suspensão dos direitos humanos fundamentais reconhecidos ou vigentes em qualquer país em virtude de leis, convenções, regulamentos ou costumes, sob pretexto de que o presente Pacto não os reconheça ou os reconheça em menor grau. (grifos da autora).

É claro que o pacto citado proíbe que haja qualquer restrição ou suspensão dos direitos humanos. Proibição essa ampla e irrestrita, principalmente se a deficiência protetiva de tais direitos se der por conduta omissiva pelo poder público, que tem por dever empreender todos os meios necessários visando à concretização

desses direitos. Em ato contínuo e visando proteger os direitos a que se destinou, o pacto em seu Art. 7º Registra que:

Art. 7º Os Estados partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de gozar de condições de trabalho justas e favoráveis, que assegurem especialmente:

c) À segurança e a higiene no trabalho; (grifos da autora).

Não há qualquer margem para dúvidas, os Estados signatários obrigaram-se a propiciar condições de trabalho justas e favoráveis aos seus trabalhadores, devendo adotar, para tanto, medidas cautelares à segurança no local de trabalho, sob pena de violação dos direitos que se obrigou a cumprir.

O ser humano nasce livre, e assim deve permanecer. Não deve sofrer distinção pela cor de sua pele, religião, sexo ou qualquer outra característica. Deve ser respeitado.

Para o autor Comparato (2010,p.13), “apesar das inúmeras diferenças biológicas e culturais que distinguem os seres humanos, merecem igual respeito, [...]. É o reconhecimento universal de que, em razão dessa radical igualdade, ninguém – nenhum indivíduo, gênero, etnia, classe social, grupo religioso ou nação – pode afirmar-se superior aos demais.”

Segundo Carbonari (2007, p. 20), “o núcleo dos direitos humanos radica-se na construção de reconhecimento, [...] afirma-se por meio da luta permanente contra a exploração, o domínio, a vitimização, a exclusão e todas as formas de apequenamento do humano”.

Para o autor Ângelo (1998, p. 16-17),

Direitos humanos é o conjunto institucionalizado de direitos e garantias do ser humano que tem por finalidade básica o respeito a sua dignidade, por meio de sua proteção contra o arbítrio do poder estatal e o estabelecimento de condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana.

Com a evolução e complexidade da sociedade, sentiu-se a necessidade de se estabelecer normas para o bom convívio entre as pessoas. Essas normas eram

passadas oralmente para cada geração e após o surgimento da escrita elas puderam ser por fim, perpetuadas.

Para Comparato (2004) apud Fachin (2009, p. 17):

Em suma, é a partir do período axial que, pela primeira vez na História, o ser humano passa a ser considerado, em sua igualdade essencial, como ser dotado de liberdade e razão, não obstante as múltiplas diferenças de sexo, raça, religião ou costumes sociais. Lançavam-se, assim, os fundamentos intelectuais para a compreensão da pessoa humana e para a afirmação da existência de direitos universais, porque a ela inerentes.

Findada a II Guerra Mundial, em 1945, houve a conscientização de que tudo que o mundo presenciou durante àquele período não poderia se repetir.

E isso só foi possível através da liberdade de imprensa e da evolução dos meios de comunicação. Criou-se então, a Organização das Nações Unidas, com tratados internacionais dos direitos humanos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, etc, como sendo uma de suas finalidades a garantia de assegurar os direitos humanos. Para os autores Gorczewski e Dias (2012, p. 243),

Os tratados internacionais, especificamente sobre direitos humanos, são de altíssima relevância, pois expressam a evolução da sociedade internacional ao exigirem dos Estados o reconhecimento, a promoção e a proteção desses direitos.

No dia 10 de dezembro de 1948 é aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos. De acordo com Piovesan (2004, p. 22), a autora afirma também que direitos humanos e democracia andam juntos. “Não há direitos humanos sem democracia, tampouco democracia sem direitos humanos.”

E tampouco, uns direitos (civis e políticos) devem ser mais respeitados que outros (sociais, econômicos e culturais). “[...], eles são autênticos e verdadeiros direitos fundamentais, acionáveis, exigíveis, e demandam séria e responsável observância [...]” Logo, merecem respeito.

Para MBaya (1997, p. 21),

A percepção dos direitos humanos está condicionada, no espaço e no tempo, por múltiplos fatores de ordem histórica, política, econômica, social e cultural. Portanto, seu conteúdo real será definido de modo diverso e suas modalidades de realização variarão. Em vista de tal diversidade, reflexo da

própria diversidade das sociedades e das concepções do homem, uma pergunta essencial se faz: há uma concepção universal dos direitos humanos? Mais precisamente, tais direitos, cuja universalidade somos levados a admitir de chofre, referindo-nos a muitas declarações, pactos, cartas e convenções, não seriam produto de condições históricas, especificamente ocidentais?

Ainda de acordo com o autor citado acima,

a resposta a primeira pergunta é fundamentada pelo reconhecimento universal da humanidade como espécie peculiar e distinta, o direito natural. A segunda pergunta é respondida com base no resultado do acordo entre os interesses de certa sociedade humana, ou seja, os direitos humanos não são considerados como inerentes a qualquer ser humano, mas concedidos e garantidos pelos órgãos do Estado, onde, em caso de excessos de poder cometidos contra a pessoa humana pelos órgãos do Estado, o mesmo, de forma paralela, promoverá condições humanas de vida, com o desenvolvimento de multidimensional da personalidade humana.

Por esse viés, os direitos humanos correrão o risco de só terem reconhecimento e serem de fato respeitados na medida em que forem julgados compatíveis com princípios e objetivos de certo sistema político e econômico, ou seja, o discurso diplomático está bem longe da realidade vivenciada pelos povos. “Nada assegura que falsos direitos humanos, isto é, certos privilégios da minoria dominante, não sejam também inseridos na constituição, [...], (Comparato, 2013 apud Gomes, 2015, p. 104).

Para Carbonari (2007, p. 30), os direitos ainda estão longe de ser na realidade como são nas convenções, tratados, etc, ele afirma,

O conjunto de direitos humanos [...] está longe de ser universalizado: os direitos civis estão distantes de ser realidade, sobretudo para os mais pobres; os direitos sociais, apesar dos esforços de ampliação do acesso ao ensino fundamental e ao ensino médio, técnico e superior, da cobertura da previdência e da ampliação da assistência social, da previsão de acesso universal à saúde, entre outros, não são acessados por imensos contingentes; os direitos políticos talvez sejam os mais abrangentes, sobretudo se olharmos para o aspecto da participação em eleições, porém se nos detivermos na representação política a situação fica diferente – maioria são homens, brancos e ricos.

Dentre os direitos inerentes ao ser humano está o direito ao trabalho, com justas condições compatíveis à dignidade humana, que será abordado a seguir.

## 2.1 Direitos econômicos e sociais

Entre os direitos humanos estão os direitos civis, que englobam entre eles o direito ao trabalho e os diferentes direitos do trabalhador assalariado, onde devem gozar de salários dignos para seu sustento e dos seus dependentes.

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu artigo XXIII (2009):

1. Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego.
2. Todo ser humano, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho.
3. Todo ser humano que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.
4. Todo ser humano tem direito a organizar sindicatos e a neles ingressar para proteção de seus interesses.

Segundo Dias (2001, p. 17) no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde no Brasil,

A definição de trabalhadores, de acordo com o autor supracitado, são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como [...] servidores públicos [...].

Segundo dados do IBGE (2016), apud Sales (2016), “a população na força de trabalho, também conhecida por economicamente ativa (PEA), aumentou para 102, 289 milhões em 2016 em relação a 2015.” O trabalho é de suma importância para o ser humano, com ele nos integramos socialmente, sem ele não podemos satisfazer as necessidades básicas do nosso corpo. Porém, até chegarmos às condições que estamos hoje, com quadros humanísticos que possibilitam, cada vez mais, a inserção do trabalhador no sistema capitalista globalizado com a garantia de um patamar concreto de afirmação individual, social, familiar, ética e econômica, houve



muita exploração da massa trabalhadora por parte dos empregadores. Após muita luta, grandes avanços no que se refere aos direitos do trabalho foram conquistados, no entanto, muito ainda falta para atingir o patamar desejado. Veremos aqui um pouco da história do trabalho.

Segundo Freitas Jr. (2014, p. 70),

Embora o ser humano "trabalhe" desde sempre, [...] o "trabalho", de que se ocupa o direito do trabalho, não existiu sempre, mas foi produto de um conjunto de fatores que caracterizam o que se convencionou chamar de modernidade, [...] o ser humano, tutelado pelo direito do trabalho, é o homem "juridicamente livre" para "negociar" sua força de trabalho e não o escravo ou o servo que foi a regra em outras formações sociais [...] e por fim, a organização do trabalho, de cuja regulação se ocupam as normas trabalhistas, tornou-se, na modernidade, essencialmente urbana, e coletiva.

De acordo com Borsoi (2007, p. 104), as condições de trabalho no século XIX, eram difíceis e massacrantes, beneficiando quase sempre somente os patrões:

[...] jornadas extensas e em condições de trabalho extremamente duras que os trabalhadores conseguiam a produção necessária para atender às expectativas e desejos de lucros dos donos das fábricas. Salários rebaixados e irregulares, exploração desmedida do trabalho de homens, mulheres e crianças e condições de vida aviltantes completavam a cena. Diante de tal situação, a preocupação dos trabalhadores centrava-se em sua própria sobrevivência, independentemente de sua condição de saúde. O lema da época era: 'viver, para o operário, é não morrer'.

Para o Freitas Jr (2014, P. 70), "o que lhe confere maior nitidez é ter o direito do trabalho surgido e se desenvolvido por função dos conflitos e "irritações" produzidos sobre o sistema jurídico [...]."

De fato, o grande precursor do capitalismo, a revolução industrial, ocorrida na Inglaterra no século XVIII, teve grande influência na vida das pessoas daquela época até os dias atuais. A migração do campo para as cidades em 1760 provocaram excesso de mão de obra barata gerando exploração dos trabalhadores e ascensão do capital da burguesia. Esse processo mais o desenvolvimento científico deram início ao fenômeno da industrialização. O crescimento e desenvolvimento então deslançaram. Como afirmam os autores Cavalcante e Silva (2011),

Uma das primeiras manifestações da Revolução foi o desenvolvimento urbano [...]. Centros como Manchester, abrigavam massas de trabalhadores, em condições miseráveis. Os artesãos acostumados a controlar o ritmo de seu trabalho, agora tinham de submeter-se à disciplina da fábrica. Passaram a sofrer a concorrência de mulheres e crianças. Na indústria têxtil do algodão, as mulheres formavam mais de metade da massa trabalhadora. Crianças começavam a trabalhar aos seis anos de idade. Não havia garantia contra acidente nem indenização ou pagamento de dias parados neste caso. A mecanização desqualificava o trabalho, o que tendia a reduzir o salário. [...] Havia freqüentes paradas da produção, provocando desemprego. Nas novas condições, caíam os rendimentos, contribuindo para reduzir a média de vida. Uns se entregavam ao alcoolismo. Outros se rebelavam contra as máquinas e as fábricas, destruídas em Lancaster (1769) e em Lancashire (1779). Proprietários e governo organizaram uma defesa militar para proteger as empresas.

Santos, Lima e Ferreira (1976) apud Varela e Pereira (2016, P. 15), afirmam que “houve um alargamento da classe operária, entre 1950 e 1970, de 768.000 para 19 1.020.000, isto num quadro de verdadeira sangria de mão de obra com destino aos países mais ricos da Europa Ocidental.”

Segundo Freitas Jr. (2014, P. 72):

Paradoxalmente à fragmentação do trabalhador na linha de produção correspondeu a aglutinação de grandes contingentes de operários no mesmo espaço fabril e urbano, oferecendo as condições para uma pujante vida associativa e para o aparecimento do sindicato.

Devido aos diversos acontecimentos com os trabalhadores, que pressionavam cada dia mais, o Estado finalmente manifestou as primeiras intervenções. As primeiras regulamentações foram dirigidas principalmente, para a extensão da jornada de trabalho, o trabalho infante juvenil e as condições sanitárias. Assim, começou a se ter uma mínima integridade física no ambiente de trabalho.

Dessa forma, os fatores que influenciaram para o surgimento da radicalização e a politização dos conflitos sociais foram a concentração de riquezas pelos empresários, exploração desumana da mão de obra dos assalariados e presença do sindicato.

Como vimos às lutas sociais passadas foram de suma importância para os avanços de hoje, porém, muito ainda falta para que efetivamente esses direitos possam alcançar a todos, principalmente os mais pobres que são os mais necessitados de que realmente esses direitos façam a diferença em sua existência.

### 3. DELIMITAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Apresentar uma definição sobre a qualidade de vida não é uma tarefa fácil, haja vista, sua complexidade e o seu caráter subjetivo, que varia de pessoa para pessoa e conforme seu estado de espírito.

Qualidade de vida é uma expressão rotineiramente utilizada, porém que se cobre de complexidade, dada a subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social, podendo simbolizar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, podendo aliar ao lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança. Do mesmo modo, pode significar toda essa totalidade de atributos e/ou benefícios (QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

A preocupação com a qualidade de vida, sua relevância e os múltiplos aspectos relacionados à temática é tão antiga quanto a própria civilização. Ao longo do tempo, os conceitos de qualidade de vida, bem-estar e felicidade ficaram atrelados e muitas vezes tratados como sinônimos, por fazerem parte de um mesmo universo semântico e ideológico (MACHADO, 2000).

Trazendo referências históricas altamente consagradas, sobre o conceito de qualidade de vida é a obra de Aristóteles que relata à boa vida e virtude. Aristóteles discorre que a sublime finalidade do homem não pode ser outra, senão a felicidade (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999; ARISTÓTELES, 2008).

A expressão qualidade de vida começou a ser utilizado nos Estados Unidos logo após a Segunda Guerra Mundial, com o propósito de descrever o efeito gerado pela aquisição de bens materiais na vida das pessoas (MOREIRA et al., 2009). Os estudos que conceituavam qualidade de vida centravam-se em aspectos referentes ao salário, ao sucesso na carreira, aos bens adquiridos a partir desses empenhos, bem como os aspectos materiais (NAHAS, 2006). Em seguida, esse termo passou a ser usado como preceito a ser valorizado com o objetivo de cativar avanços nas áreas de saúde e educação (MOREIRA et al., 2009).

Atualmente, a definição de qualidade de vida engloba a valorização de fatores como satisfação, realização pessoal, qualidade nos relacionamentos,

opções de acesso a eventos culturais, percepção do bem-estar geral, entre outros (NAHAS, 2006).

Na perspectiva de Nahas (2006), a qualidade de vida é considerada como um conjunto de paradigmas individuais e socioambientais que caracterizam as condições em que o ser humano vive. Os parâmetros individuais são inspirados por nível de estresse, alimentação, atividade física habitual, comportamento preventivo e relacionamentos com as pessoas. Os parâmetros socioambientais estão atrelados a fatores como educação, moradia, segurança, lazer, trabalho e meio ambiente. Dentro do aspecto individual do conceito, a percepção de qualidade de vida também é considerada circunstancial e temporal, com mudanças ao longo da vida e de acordo com as experiências vividas (NAHAS, 2006; PETRONE, 1994).

Para Minayo e colaboradores (2000) o termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Os autores ressaltam também que a qualidade de vida é uma representação social que se estrutura em dois parâmetros: objetivos, que dizem respeito à satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade; e subjetivos: relativos ao bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal. A qualidade de vida poderia ainda ser considerada como um bem-estar subjetivo, uma satisfação ou felicidade pessoal com a vida nos domínios que o indivíduo considera importante.

Deste modo, a qualidade de vida apresenta diversas dimensões que se integram e interagem com as necessidades e desejos de cada indivíduo dentro de limites culturais e que são influenciados pelas condições socioeconômicas da população. Além disso, segundo os mesmos autores, a noção de qualidade de vida transita em um campo diverso, pois de um lado, se relaciona ao modo, condições e estilo de vida; de outro lado, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana; e, por fim, se relaciona ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Em relação à saúde, a noção de qualidade de vida se une em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetros para si (MINAYO, 2000).

A qualidade de vida passou a ser considerada um dos objetivos finais da medicina e dos serviços de saúde a partir da década de 1970, desde então, observa-se um crescimento exponencial dos estudos em qualidade de vida (BULLINGER, 2002; CRUZ et al., 2011; DYNIEWICZ et al., 2009; GORDIA et al., 2011; KOETZ; REMPEL; PÉRICO, 2013; LEÃO et al., 2011; NORDENFELT, 2007; TENGLAND, 2006).

Esse interesse pelo assunto, embora antigo, foi influenciado pela mudança no paradigma da saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), GROUP, 1995). Ainda, segundo a OMS, qualidade de vida de um indivíduo tem sua colocação na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive (THE WHOQOLGROUP, 1995). Diante disso, neste estudo optou-se por utilizar o conceito de qualidade de vida da OMS, o qual reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo recusadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autor realização, independente de seu estado de saúde físico ou das condições econômicas e sociais (OMS, 1998).

Embora a OMS tenha definido qualidade de vida, Ribeiro e Campos (2009) destacam que ainda não há uma definição exata, pois a mesma é impactada por fatores intrínsecos e extrínsecos, que se alteram de pessoa para pessoa, levando em consideração a rotina de trabalhado no contexto laboral, as influências do meio e o estilo de vida praticado. Dyniewicz e colaboradores (2009) também afirmam que a cada nova pesquisa realizada incorporam-se diferentes sentidos à qualidade de vida, sofrendo modificações de acordo com a população, área pesquisada e pesquisadores envolvidos.

Entretanto, ainda que haja discordâncias sobre a definição de qualidade de vida, há uma consonância entre os pesquisadores de que é algo complexo, subjetivo e multidimensional; envolve a importância que o indivíduo atribui a um domínio e o quão satisfeito ele está com esse domínio (FLECK et al., 1999; MINAYO et al., 2000; MISHOE; MACLEAN, 2001).

Apesar das dificuldades de definição e mensuração da qualidade de vida, empenhos têm sido direcionados às iniciativas de transformar esses julgamentos subjetivos em escalas numéricas vulneráveis a análise e interpretação. Desse

modo, a mensuração da qualidade de vida tem sido realizada por meio de questionários estabelecidos a partir de vários itens ou perguntas que são agrupados nas diferentes dimensões ou domínios correspondentes às áreas do comportamento ou às experiências que se pretende medir (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Em menor escala há também estudos qualitativos (GARCIA et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2012).

Visando os aspectos individuais, os questionários de qualidade de vida, baseiam-se essencialmente na autopercepção. O julgamento de valores necessários ao conceito de qualidade de vida depende do autoconhecimento (PETRONE, 1994). Os questionários de qualidade de vida podem ainda ser classificados em genéricos ou específicos. Os primeiros testes foram desenvolvidos com o intuito de descrever e comparar qualidade de vida em diversas populações, permitir o vasto uso em diferentes situações que possibilita a identificação de repercussões inesperadas de uma determinada condição ou intervenção (BERLIM et al., 2005; GARRAT et al., 2002; GUYATT et al., 1993; RONEN; FAYED; ROSENBAUM, 2011).

Já os instrumentos específicos abordam características relevantes para uma determinada população, dimensão ou condição, e por essa razão, apresentam maior sensibilidade (BERLIM et al., 2005; GARRAT et al., 2002; GUYATT et al., 1993; RONEN et al., 2011). Para a escolha do instrumento mais adequado, deve-se considerar o objetivo do estudo, o estilo de aplicação e as propriedades psicométricas do instrumento (GUYATT et al., 1993).

Para uma melhor compreensão, a OMS construiu um instrumento multicultural, nomeado de World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). No contexto geral, trata-se de um questionário autoaplicável que refere-se à percepção dos sujeitos em seu contexto, sua cultura e seus valores sobre sua qualidade de vida (FLECK, 2000). Três aspectos foram fundamentais para identificar a qualidade de vida: subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas e negativas como, por exemplo, capacidade de locomover-se e dor, respectivamente.

As amplas revisões do conceito de qualidade de vida entre os pesquisadores internacionais resultaram em seis domínios a serem abordados pelo instrumento com cem itens: Relações sociais, Físico, Psicológico, Ambiente, Nível de independência, crenças pessoais/Espiritualidade/religião, THE WHOQOL GROUP,(

1995).

No quesito revisão bibliográfica sobre qualidade de vida, Gordia e colaboradores (2011) citam que mesmo com o aumento de publicações científicas, principalmente nas duas últimas décadas sobre o assunto, ainda encontram-se lacunas sobre esse construto que não pode ser diretamente observado, principalmente em relação a fatores associados à qualidade de vida de diferentes populações, sendo este um vasto campo de investigação que ainda precisa ser explorado.

Com base na produção científica atual, há indícios de que a qualidade de vida parece estar associada tanto a fatores biológicos e comportamentais quanto a aspectos sociodemográficos e culturais, porém a magnitude da interferência destes fatores sobre a qualidade de vida ainda é desconhecida. Sendo assim, este estudo foca na relação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida, conforme indícios da literatura, e acrescentam mais uma variável teórica relacionada ao trabalho, que é o esgotamento profissional.

### **3.1 Qualidade de vida e trabalho**

O trabalho tem tido diversas expressões ao longo de sua história: Por um lado é tido como fonte de prazer e realização; por outro lado é visto como uma carga a ser tolerada para que se possa conseguir através dele o sustento pessoal ou familiar (BENEVIDES- PEREIRA, 2012). O trabalho constitui-se para o homem como um verdadeiro sentido de vida, já que os indivíduos destinam a maior parte de seu tempo às atividades laborais.

Em concordância com Blanc (2004), Weber e Jaekel-Reinhard (2000) o trabalho desempenha um papel essencial no bem-estar físico e psicológico das pessoas. O trabalho é uma atividade de caráter social, formador de identidade e evolução pessoal, portanto, gerador ou não de saúde e qualidade de vida (FERNANDES; ROCHA, 2009). Pereira e coautores (2013) concordam que o trabalho consome grande parte da rotina do ser humano, a qualidade de vida depende das condições deste trabalho.

O notável processo de globalização, que a sociedade atual vive, estabelece um ritmo acelerado de produção tecnológica e altera de maneira profunda as relações interpessoais desenvolvidas no mundo do trabalho, provocando, conseqüentemente uma queda crescente na qualidade de vida da população trabalhadora (GARCIA et al., 2008).

Siqueira Júnior, & Gonçalves (2006) apontam para as frequentes mudanças da sociedade e as adaptações necessárias, sendo de fácil percepção que houve uma mudança na qualidade de vida do trabalhador, em razão de fatores estressantes que tornaram cada vez maiores, afetando, portanto, todo seu contexto de vida. A vida moderna e as exigências no âmbito do trabalho podem levar os indivíduos a, gradativamente, desenvolver algum tipo de transtorno, uma vez que as atribuições diárias, como a falta de tempo para o lazer, o pouco tempo para o descanso e o sono, a má alimentação, acabam resultando em má qualidade de vida e, conseqüentemente, podem ocasionar o estresse e síndromes (MELEIRO, 2002). Há também indicação de que um estado prolongado de estresse no trabalho possa interferir no bem-estar psicológico e a qualidade de vida das pessoas.

Observa-se que a qualidade de vida vem sendo cada vez mais reconhecida como importante fator de desfecho na saúde, em diferentes grupos populacionais, incluindo trabalhadores inerentes às condições de trabalho estressantes (RUSLI; EDIMANSYAH; NAING, 2008), por exemplo, juizes (LIPP; TANGANELLI, 2002), agentes de segurança pública (BAPTISTA et al., 2005). Perante o exposto, alguns autores têm desenvolvido investigações acerca da qualidade de vida de trabalhadores em diferentes atuações profissionais, em relação às condições de trabalho e às características da atividade laboral (LEÃO et al., 2011; MOREIRA et al., 2010; NUNES; FREIRE, 2006; URSINE et al., 2010; WU et al., 2010).

Seidl e Zannon (2004), também relataram a necessidade de diagnosticar a qualidade de vida das várias populações de forma a favorecer a execução de programas de intervenção nos vários grupos populacionais. Entre as várias atividades ocupacionais existentes, de acordo com eles, a profissão em questão apresenta uma série de conteúdos cognitivos, afetivos e instrumentais que podem interferir na qualidade de vida dos agentes de segurança pública.



### **3.2 A qualidade de vida no trabalho da segurança pública**

As condições de vida, o ambiente e a organização do trabalho do indivíduo, são fatores que impactam fortemente na percepção do que seja “ter qualidade de vida”. Não obstante, Rodrigues diz que:

Não se deve negligenciar que o trabalho é um importante fator de integração social, o qual forja hábitos, cria oportunidades, fornece renda, valores, confiança, e assim, constitui uma importante fonte de gratificação pessoal (RODRIGUES, 1995, p. 08).

Ao se considerar o trabalho como importante fator na qualidade de vida humana, tem se a utilização do termo “qualidade de vida no trabalho”, o qual utilizado por especialistas da área de gestão de pessoas, profissionais de saúde e estudiosos para garantir que o local de trabalho, bem como, o trabalho em si seja fonte de bem-estar, gratificação e crescimento pessoal.

Os primeiros relatos sobre a qualidade de vida no trabalho foram identificados na década de 50 do século passado, quando o processo de modernização das empresas foi surgindo, ocasionando em um distanciamento do trabalhador com a empresa. Foi esse cenário que incorreu nos inúmeros estudos sobre a qualidade de vida no trabalho, que visam melhorar as condições de trabalho e melhor identificação do trabalhador com a atividade que exerce dentro da empresa.

Embora ocorram ao longo dos anos, várias modificações a respeito do conceito de qualidade de vida no trabalho, há um consenso de que essa refere se a um conjunto de condições definidas pela organização, as quais englobam diferentes áreas da vida do indivíduo, incorporando a questão do seu dia a dia no trabalho com a sua vida na coletividade, ou seja, fora do ambiente profissional.

A Qualidade de vida no trabalho tem um entendimento amplo, porém, Santos (2012) diz que essa está intimamente ligada ao desenvolvimento social do indivíduo, tais como saúde, educação, lazer e outros. Mencionando ainda que algumas profissões são mais propícias a não ter uma qualidade de vida no trabalho adequada, em virtude de serem por si só, instrumentos facilitadores de

estresse, tensão e desmotivação. Dentre elas cita-se os profissionais da saúde, os professores e os profissionais da segurança pública.

A Constituição Federal em seu artigo 144, cita claramente quais os órgãos que visam preservar a ordem pública e cuidar da segurança das pessoas e patrimônio. A existência de tais órgãos possibilita além da proteção pública, a própria manutenção da ordem democrática, tendo em vista uma de suas funções, ser a de manter e conter os desvios comportamentais. De acordo com Coleta, A e Coleta, M:

Os trabalhadores da segurança pública, no seu dia a dia, deparam com situações que colocam em risco sua saúde e segurança, inclusive com ameaça à própria vida. São profissionais treinados para atender e cuidar da saúde e segurança da população. A grande maioria é tão preocupada com a atividade em que negligencia a si mesmo no cumprimento das suas tarefas, levando à deterioração da própria saúde (COLETA, A E COLETA, M 2008, p. 59).

Os profissionais da segurança pública estão diretamente sujeitos ao estresse, em virtude de estarem a todo tempo envolvidos com os problemas que exigem um maior controle emocional, e ações/decisões rápidas em detrimento de situações incontroláveis. Essas situações, não raro, expõem o profissional a um estresse crônico, a uma sensação de impotência e incompetência na tarefa que executa. Segundo Coleta e Coleta:

Outros fatores estressores são a violência urbana, a falta de reconhecimento institucional, a burocracia, a falta de motivação, a falta de feedback dos serviços realizados a falta de condições para exercer a atividade, a dupla jornada de trabalho, a alternância entre o estado de tensão/alerta, de situações de calma/alarme, os momentos de intenso trabalho, como nas atividades de resgate, retirada de corpos mutilados para os bombeiros e auxiliares de autópsia, ou como no enfrentamento com troca de tiros para os policiais civis e militares ( COLETA, A E COLETA, M 2008, p. 61).

Como se percebe, são inúmeros os fatores identificados pelos pesquisadores que comprometem a qualidade de vida de trabalhadores da

segurança pública, e dentre os fatores que mais negativamente são prejudicados é a saúde e a satisfação no trabalho.

A saúde é um imperativo no âmbito da qualidade de vida no trabalho e está amparada constitucionalmente, conforme define o artigo 7º, inciso XXII da Constituição Federal de 1988, “os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, al m de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”.

De acordo com Oliveira (1996); A Constituição Federal de 1988 constitui-se no principal marco da introdução da saúde do trabalhador no ordenamento jurídico nacional. Sendo essa, a lei que definiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Em 19 de setembro de 1990, foi promulgada a Lei nº. 8.080 que regulamenta as ações e serviços de saúde no território nacional de caráter permanente ou eventual, as pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Vejamos:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (LEI nº.8.088 de 1990).

Tanto a Constituição quanto a Lei nº. 8.080/90 têm a função de orientar os estados e municípios quanto à proteção da saúde de seus trabalhadores no ambiente organizacional.

A satisfação no trabalho é outro ponto de destaque com relação a qualidade de vida, vez que, ao estar satisfeito com a atividade que exerce e com os fatores intrínsecos correlacionados a essa atividade, a pessoa notoriamente a realizará melhor. Tornando se notório o entendimento de que a partir do momento em que o indivíduo adquira um alto nível de satisfação com seu trabalho, esse passara voluntariamente a apresentar atitudes positivas em favor da empresa e de si próprio, ao passo que ao estar insatisfeito com seu trabalho, o indivíduo passará a

apresentar atitudes negativas que desfavorecem seu desempenho profissional, bem como, como todo o grupo organizacional.

A satisfação no trabalho por parte do profissional da segurança pública, ou a qualquer área profissional, é delimitada por alguns fatores que merecem destaque, quais sejam, o orgulho do trabalho ou da empresa em que trabalha, a facilidade de comunicação com os superiores, a amizade no ambiente de trabalho, a confiança e segurança que a gestão apresenta dentro da empresa para com os trabalhadores, bem como, as promoções de treinamento, desenvolvimento, salários e benefícios propostos pela empresa.

Assim percebe-se que a satisfação ou não no trabalho depende de várias situações, e se essas estão sendo atendidas, analisar as características demográficas, trabalho e ambiente organizacional é fator fundamental para que o profissional da segurança pública esteja satisfeito com a função que exerce e conseqüentemente tenha a qualidade de vida no trabalho que espera. De acordo com Sturion:

A insatisfação seria determinada pela carência ou deficiência de “fatores de higiene” que são aqueles relacionados à remuneração, supervisão, ambiente de trabalho, políticas da empresa, condições de trabalho e relações interpessoais. Por serem externos ao indivíduo, são chamados de fatores extrínsecos. A satisfação é determinada pelos fatores intrínsecos ao trabalho ou “fatores motivadores”, relacionados ao conteúdo do trabalho e aos desafios das tarefas (STURION, 2002, p.69).

A satisfação no trabalho está intimamente ligada à motivação, sendo essa definida como o estado de espírito que conduz o indivíduo a praticar de forma eficaz ou não determinada ação. A modernidade apresentada atualmente emana em inúmeros obstáculos quanto à busca dessa tão mencionada satisfação no trabalho, vez que, a era das máquinas, da informatização, da agilização e da automação, fundamentou o indivíduo a viver em um estado racional, o que a curto e longo prazo acarreta maiores números de desequilíbrio emocional e psíquico dos trabalhadores.

### **3.3 Projeto de qualidade de vida dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários**

O Governo Federal, por intermédio da Instrução Normativa nº 1, de 26 de fevereiro de 2010, do Ministério da Justiça, instituiu o projeto qualidade de vida dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários.

Nos termos do inciso I, do art. 2º, da Instrução Normativa em discussão, a promoção da qualidade de vida no trabalho é definida como:

"Ações integradas no âmbito da organização e das relações sócio profissionais que visam à promoção do bem-estar, saúde, desenvolvimento pessoal, exercício da cidadania e valorização dos profissionais, não se referindo apenas à ausência de doenças relacionadas ao trabalho". BRASIL(2010)

Dentre todas as medidas que serão adotadas pelo citado projeto, para melhorar a qualidade de vida dos profissionais de segurança pública e Policiais Penais, sobressaem as seguintes relacionadas a baixo:

- Promoção da reabilitação física de profissionais acometidos por doenças ou lesões;
- Reinserção gradativa do profissional no ambiente de trabalho;
- Acompanhamento biopsicossocial individual e coletivo dos profissionais, aposentados ou não, e de seus dependentes legais;
- Valorização da saúde ocupacional, avaliando as condições, a estrutura, as relações sociais e os demais aspectos organizacionais pertinentes;
- Capacitação dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários envolvidos nas atividades do Projeto Qualidade de Vida;
- Realização de pesquisas, estudos e levantamentos de dados que contribuam para a análise e avaliação da realidade dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários, bem como de informações sobre o projeto;
- Realização de intervenções sistemáticas nos locais de trabalho, com o intuito de minimizar o impacto das tentativas de suicídios e outros incidentes críticos;
- Avaliação e, apresentação de sugestão de restrição do uso de arma de fogo nos casos de incidentes críticos ou ocorrências de risco;

- Acompanhamento psicossocial à família e aos colegas de equipe em caso de morte ocasionada por acidente de trabalho ou suicídio;
- Realização de campanhas e ações abrangendo atividades de conscientização, prevenção, educação e orientação para prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais;
- Implantação de métodos de notificação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais;
- Realização de exames periódicos dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários;
- Ampla divulgação da importância e finalidade do uso de equipamentos de proteção individuais adequadas a cada atividade, priorizando a segurança no trabalho, Brasil(2012).

Indiscutivelmente, a iniciativa do Governo Federal é digna de elogios, na medida em que valoriza o profissional da área de segurança pública, reduzindo os riscos de morte e prevenindo o adoecimento no exercício de suas relevantes funções, porém colocar em prática e bem diferente, sabemos que existem inúmeras dificuldades para realização e execução.

### **3.4 O sistema único de segurança pública**

No dia 11 de junho de 2018 foi sancionada a Lei nº 13.675/18, regulamentada pelo Decreto nº 9.489/18, instituindo o SUSP e criando a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), com a finalidade de preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, por meio de atuação conjunta, coordenada, sistêmica e integrada dos órgãos de segurança pública e defesa social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em articulação com a sociedade (BRASIL, 2018).

A referida norma não inovou em termos de competências, mas incentiva a atuação cooperativa, sistêmica e harmônica necessária entre os órgãos de segurança pública, além dos já citados na Constituição Federal, incluindo outros integrantes operacionais, conforme art. 9º da Lei nº 13.675/2018, a fim de atender às

necessidades da população, no entanto ainda manteve o Poder Judiciário e Ministério Públicos excluídos desse sistema.

O fato da Constituição Federal tratar a segurança pública como um problema estritamente policial, contribuiu para a consolidação de um pensamento fragmentado entre as agências que atuam no Ciclo de Persecução Criminal (Polícias, o Poder Judiciário, Ministério Público e Sistema Prisional), desonerando os três últimos do combate à criminalidade, o que causa importantes efeitos colaterais no sistema.

O SUSP se apresentou como uma tentativa de mudança dessa perspectiva, buscando inserir na complexa questão da segurança pública outros órgãos, a fim de existir uma atuação sistêmica, que venha atuar em torno da multidisciplinaridade das causas da criminalidade e das intervenções voltadas ao seu controle e prevenção.

Também, constatou-se importante foco da PNSPDS, nas questões relacionadas à atenção ao profissional da segurança pública, enquanto sujeito de direitos, estabelecendo importantes princípios e diretrizes como o princípio da proteção, valorização e reconhecimento dos profissionais de segurança pública e as diretrizes da formação e capacitação continuada e qualificada dos profissionais de segurança pública; o fortalecimento das instituições de segurança pública por meio de investimentos e do desenvolvimento de projetos estruturantes e de inovação tecnológica.

Os objetivos principais dessa política, em relação ao profissional, são de estimular a padronização da formação, da capacitação e da qualificação dos profissionais de segurança pública; a criação de mecanismos de proteção dos agentes públicos e de seus familiares; a elaboração, a execução e o monitoramento de ações nas áreas de valorização profissional, de saúde, de qualidade de vida e de segurança dos servidores.

A Lei também estabeleceu meios e instrumentos para prática da PNSPDS, dentre eles o Sistema Nacional de Informações e de Gestão de Segurança Pública e Defesa Social, incluindo o Sistema Integrado de Educação e Valorização Profissional (Sievap); a Rede Nacional de Altos Estudos em Segurança Pública (Renaesp) e o Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública (Pró-Vida).

Logo em seguida, em dezembro de 2018, foi instituído o Plano Nacional de Segurança Pública e Defesa Social, com prazo de dez anos de duração, que apresentou como um de seus 15 objetivos, o de valorizar e assegurar condições de trabalho dignas aos profissionais de segurança pública e do sistema penitenciário, demonstrando a preocupação com a saúde do trabalhador policial, definindo estratégias e ações para se atingir esse objetivo, por sua maioria ainda não colocada em prática.

O Plano e Política Nacional de Segurança Pública abarcam amplamente necessidades de atenção ao trabalhador policial, ações que se implementadas podem contribuir sobremaneira para redução dos números de vitimização dos trabalhadores da segurança pública, pois visam à Qualidade de Vida no Trabalho do profissional, item fundamental para eficiência das instituições e do Sistema de Segurança Pública.

### **3.5 O papel das políticas públicas de saúde do trabalhador e da trabalhadora em situações de vulnerabilidade ocupacional.**

Em verdade, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora aponta para a necessidade de priorizar pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades laborais expostos a situações que configurem maior risco para sua saúde. Nesse sentido, o reconhecimento dos riscos presentes nos ambientes de trabalho é de fundamental importância para a elaboração de medidas de controle, prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como para o estabelecimento de políticas públicas sensíveis a atividades profissionais particulares, como é o caso dos Agentes de Segurança Pública.

Para tanto, faz-se necessário um maior comprometimento por parte do setor saúde na implementação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, tendo em vista sua característica de atuar junto a “situações em que condições de trabalho afetam a saúde de forma negativa, provocando acidentes ou desencadeando processos de adoecimento” (MACHADO, 2011, p.72).



A Vigilância em Saúde do Trabalhador tem por objetivo, a análise permanente da situação de saúde na perspectiva do controle dos determinantes, riscos e danos, buscando garantir a integralidade da atenção por meio de ações de redução das morbimortalidades combinadas às ações de promoção da saúde.

Nesse contexto, as atividades da vigilância em saúde do trabalhador buscam estabelecer uma reorganização em todo o processo de trabalho, podendo com isso, eliminar ou minimizar o risco de acidentes e de adoecimentos relacionados ao trabalho. Desse modo, partimos da premissa de que a vigilância em saúde do trabalhador é composta pelo tripé informação – decisão – ação (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Assim, a realização de atividades como a identificação das necessidades, demandas e problemas dos trabalhadores, realização da análise da situação de saúde, além da adoção de medidas de intervenção nos processos e ambientes de trabalho, são essenciais para uma efetiva VISAT.

### **3.6 Cuidando da saúde do agente de segurança pública em Roraima.**

O Estado de Roraima, por meio da Secretaria de Segurança Pública criou o Centro de Qualidade de Vida para os profissionais de segurança conforme publicação do Diário Oficial do estado de Roraima, citado a abaixo:

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DE

RORAIMA, no uso das atribuições de seu cargo, conforme art. 36, § 1o e 2o, da Lei no. 499/2005, CONSIDERANDO o Decreto no 16.222-E de 7 de outubro de 2013 que cria o Centro de Qualidade de Vida para os Profissionais de Segurança Pública do Estado de Roraima; CONSIDERANDO o teor da Instrução Normativa 01 GAB/MJ, de 26 de fevereiro de 2010, publicada no D.O.U. de 12 de março de 2010;

CONSIDERANDO a necessidade de aprimoramento constante das atividades desta Secretaria de Segurança Pública;

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar e regulamentar o funcionamento do Centro de Qualidade de Vida, objetivando melhor execução das atividades fim;

## RESOLVE:

Art. 1º. Regulamentar, no âmbito da Secretaria de Estado de segurança Pública do Estado de Roraima, o Centro de Qualidade de Vida (CQV) para os profissionais da Segurança Pública e Sistema Penitenciário.

Art. 2º. O objetivo geral do Centro de Qualidade de Vida para os Profissionais da Segurança Pública consiste em desenvolver ações colaborativas para modernizar as polícias e valorizar os policiais, requalificando-os, levando recuperação da confiança popular e reduzindo o risco de vida a que estão submetidos, bem como reforçar a afirmação e o reconhecimento de que são trabalhadores e cidadãos, titulares, portanto, dos direitos humanos e dos benefícios constitucionais correspondentes as suas funções. Art. 3º. São objetivos específicos do Centro de Qualidade de Vida:

I – criar uma Rede Estadual colaborativa com a participação de representantes de todas as instituições de segurança pública que aderirem voluntariamente ao Projeto de Qualidade de Vida dos Profissionais de segurança Pública e Agentes Penitenciários por meio dos NIAB's e CRR;

II – promover debate amplo, democrático e plural com todos os profissionais e instituições da área de segurança pública brasileira;

III – socializar as melhores práticas observadas nas instituições participantes: aprender com os erros e desafios, visando economizar, nas novas ações, recursos, tempo e energia;

IV – institucionalizar os projetos de qualidade de vida, integrando – os às políticas de recursos humanos das instituições, tornando as práticas nestas áreas formais, perenes, evolutivas e cada vez mais abrangentes;

V – e s t r e i t a r o relacionamento da Secretaria de Estado da segurança Pública com as demais instituições locais de segurança pública.

VI- identificar novas metodologias e instrumentos que fortaleçam o Programa de Qualidade de Vida.

Art. 4º. O Centro de Qualidade de Vida – CQV terá seu funcionamento nas dependências da Academia de Polícia Integrada Coronel Santiago – APICS, desta Secretaria de Segurança Pública;

Art. 5º. A Academia de Polícia Integrada Coronel Santiago – APICS, desta Secretaria de Segurança Pública, responsável pela organização direção do Centro de Qualidade de Vida – CQV;

Art. . A Academia de Polícia Integrada Coronel Santiago - APICS SESP responsável pela administração da Rede de Qualidade de Vida no Estado de Roraima, com competência formal para promover a qualquer momento, ações estratégicas para o programa;

Art. 7º. Os representantes das instituições que compõem o Centro de Qualidade de Vida serão indicados pelos Titulares das Instituições mediante Ofício destinado à Secretaria de Estado da Segurança Pública – SESP;

Art. 8º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se os dispositivos em contrário, em especial a Portaria n. n. 191/SESP/2014 e a Portaria n. 111/SESP/RR/2016;

Boa Vista – RR, 07 de fevereiro de 2019.

MÁRCIO ROBERTO ALVES DE AMORIM

Secretário de Estado da Segurança Pública - SESP Decreto nº 16-P de 02 de Janeiro de 2019.

Observa-se que mesmo com a determinação citada acima, o estado ainda não conseguiu atender todos os profissionais da segurança pública. Segundo a matéria, produzida pelo Jornal Folha de Boa Vista, publicado em 23 de janeiro de 2021 às 14:24:35, em alusão ao janeiro branco, o atendimento foi direcionado na sua grande maioria aos Policiais Militares, não atendendo as demais categorias que abrange a segurança pública do Estado de Roraima. No ano de 2018 foram registrados 21 afastamentos de policiais militares. Em 2019, 36 policiais foram afastados do trabalho para tratamento, e, no ano de 2020, a PMRR registrou o afastamento de 35 policiais militares e um suicídio.(Folhaweab, 2021).

Para incentivar esses profissionais a cuidarem e refletirem sobre a saúde mental, a Secretaria de Segurança Pública dispõe de um programa de saúde mental e qualidade de vida dos profissionais de segurança pública, por meio do Centro de Qualidade de Vida – CQV.(Folhawebe, 2021).

O CQV é formado por psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, e é coordenado pela Academia de Polícia Integrada Coronel Santiago – APICS.

A Polícia Militar de Roraima possui núcleo Integrado de atenção biopsicossocial - NIAB, integrado ao CQV. As ações de trabalho realizadas com os policiais militares e seus dependentes diretos perpassam por um atendimento psicológico individual semanal, acompanhamento psiquiátrico quando necessário, com direito a retorno. Além disso, alguns instrumentos de testes psicológicos são ofertados aos policiais militares e seus dependentes. Essa equipe de profissionais realiza ainda visitas domiciliares e visitas a policiais internados, por problemas diversos.(Folhawebe, 2021).

Outro foco do trabalho disponibilizado aos policiais militares é em relação à prevenção ao suicídio, gerenciamento de estresse, por meio de rodas de conversas e palestras.

A PMRR, através da Unidade do Serviço de Saúde, dispõe de uma Junta Médica, composta pelos médicos da corporação, que avaliam os casos de policiais militares com laudo psiquiátrico, homologando os afastamentos.

#### **4. SAÚDE MENTAL**

Compreende-se por saúde a condição de pleno bem-estar físico, mental e social e não exclusivamente ausência de moléstias e enfermidades (OMS, 2015). Dentre os fatores de risco à saúde mental destacam-se: as rápidas mudanças sociais, as condições de trabalho estressantes, a sobre carga de trabalho, o estilo de vida não saudável, a violência, a violação dos direitos humanos, os traumas oriundos das experiências estressantes (MENDES, 2013).

Representante do Estado, o policial militar tem papel importante na proteção da sociedade, recebendo um fardo de responsabilidade e possuindo uma rotina de

convívio com a violência. O estresse constante, somado à pressão pública, e às rígidas disciplinas, tendem a refletir na vida familiar gerando insatisfação pessoal e problemas nas relações interpessoais, facultando o desencadeamento de transtornos psicológicos frutos também da insatisfação pessoal e profissional.

Os fatos da vida policial, resultam muitas vezes em sofrimento psicológico e cansaço físico (PAULINHO e LOURINHO, 2014). Para Sartori, et. al. (2008, p. 3) “O sofrimento psicológico no trabalho acaba levando o indivíduo a adoecer;” Esse adoecimento é silencioso, pois pela própria imposição da sociedade o policial representa a força, não podendo expor sentimento comuns ao ser humano, como a tristeza, tremores e em muitas ocasiões sentimento de inutilidade.

Importa considerar a mudança de paradigma alusivo ao cuidar da saúde, uma vez que, anteriormente se cuidava da doença e atualmente busca-se prevenir o surgimento da doença, minimizando possíveis intervenções e tratamentos prolongados.

Assim a prevenção passa a ser o cuidado primário para com a saúde.

Para Miranda (2016) existe uma ausência de cuidado por parte dos órgãos de comando da segurança pública, no tocante a saúde mental do policial penal.

Assim, avulta-se o rigor e exigências próprias do labor do policial, somadas às vivências oriundas da rotina, os traumas, e até a sensação de incapacidade, que tendem a desenvolver sofrimento psíquico, que se apresentam nas mais diversas formas de transtornos mentais e do comportamento.

Considerando a prevenção com vistas ao não adoecimento, o cuidado com a saúde mental para com os policiais penais deveria ser diário e constante, em virtude do convívio diário com pessoas e situações conflitantes, fato que exige uma estabilidade psíquica satisfatória para atuar, no momento certo, com agilidade, precisão e ética. Ressalta-se que o indivíduo dominado por pressões bruscas, tende a reagir negativamente, tanto no trabalho quando na sociedade (MENDES, 2013).

Ao longo da história o sofrimento humano recebeu diferentes conceitos, desde castigo dos deuses na Grécia Antiga, passando pela bruxaria medieval, como resultado do pecado judaico-cristão (Silveira LC, Feitosa RMM, Palácio PDB, 2014). O sofrimento incessantemente exigiu do homem uma razão. Neste sentido a origem

da palavra “sofrimento” deriva do grego pathos, que significa aquilo que afeta o homem.

O termo “pathos” encontra-se conectado ao modo afetivo construído por cada sujeito para estar no mundo, relacionando-se não apenas a demandas de desequilíbrio, no entanto permanece muito presente no nosso dia a dia não somente na cultura, contudo na vida dos sujeitos que nela encontram-se inseridos.

A partir do século XVIII, com a origem da Medicina moderna, a dimensão do sofrimento adquire moldes de uma ciência prática. Apesar disso, a Medicina precisava definir seu objeto de estudo, como consequência, acabou reduzindo a dificuldade da experiência peculiar e subjetiva do sofrimento, a algo que pudesse ser submetido a condições regulares, previsíveis é universalizado (Silveira LC, Feitosa RMM, Palácio PDB, 2014).

Desta maneira, a doença foi reduzida ao corpo do sujeito adoecido, tornando-se possível e necessário à localização perfeita da doença no corpo, o que permitiu a medicina adequar-se aos critérios de veracidade. Como consequência imediata de tal simplificação exagerada, houve a exclusão do âmbito terapêutico de tudo o que dizia respeito à importância subjetiva do sofrimento humano. Nesse contexto, a psiquiatria se apresenta como a ciência que deve ocupar-se do estudo das doenças mentais (Silveira CL, Feitosa RMM, Palácio PDB, 2014).

A definição de “doença mental” como objeto de estudo da psiquiatria, projeta essa ciência a uma ferramenta usada no auxílio da prevenção de doenças mentais entre policiais, bem como no tratamento de transtornos oriundos das profissões de segurança pública.

No século XX, a psicanálise se apresenta como campo do saber que projeta um novo enfoque sobre o sintoma e/ou sofrimento apresentado pelo sujeito. Deste modo, o sofrimento psíquico deixa de ser visto na superfície do corpo e passa a ser compreendido como uma mensagem a ser decifrada (Silveira, Feitosa, Palácio, 2014). Embora possa vir a se manifestar como signo corporal, o sintoma se caracteriza por ser uma formação de compromisso que tem por finalidade responder um conflito inconsciente, o qual exerce um papel na própria organização do sujeito, constituindo-se como o porta-voz de seu desejo (Sigmund Freud, 1996, p397).

Para a psicanálise de acordo com (Silveira, Feitosa, Palácio, 2014), o sofrimento psíquico fundamenta-se em uma experiência subjetiva, visto que, cada sujeito vivência um mesmo episódio de formas distintas. De acordo com esta linha teórica, tal sofrimento pode desenvolver nas formas de compulsão à repetição ou ainda por meio de sintomas, inibições e angústias.

O sofrimento psíquico traduz, portanto, como um conjunto de fatores psicológicos atrelados a sentimentos desagradáveis ou emoções que afetam o nível de desempenho esperado do sujeito e que, embora algumas vezes não caracterizem uma patologia, causando determinados sinais e sintomas que geram sofrimento a este, fugindo de seu comando pessoal (Nicolau, 2009)

Deve-se ponderar que o sofrimento também é um fenômeno peculiar ao trabalho. Para (Vieira 2014) quando o sujeito não encontra recursos para superar e transformar tal sofrimento em prazer, este resulta em fonte patológica.

A patologia mental surge então, quando ocorre o rompimento do equilíbrio, e o sofrimento deixa de ser contornável, ou seja, quando o trabalhador já utilizou-se de todos os seus mecanismos tanto psico afetivos, quanto intelectuais para responder às demandas impostas pela organização e conclui que não há mais o que fazer para adaptar-se ou para transformar o seu trabalho (Vieira 2014).

Pode-se notar que, na atualidade, ainda é latente a negação do sofrimento psíquico no campo do trabalho (Brant,2007). Muitas vezes, as intervenções atuam para desconsiderar o sofrimento, bem como, as questões psíquicas, com apresentação de solução via medicação.

De acordo com o Sistema Nacional de Saúde Pública Brasileira – SUS (2008) os transtornos de comportamento em adultos abrangem diferentes circunstâncias e tipos de comportamento clinicamente expressivos, que tendem a continuar e agravar quando não tratados, caracterizando o modo de viver do indivíduo e de mesma forma o método de o indivíduo constituir relações consigo próprio e com os outros.

Importa esclarecer que, os transtornos mentais compreendem alterações (sofrimento, desordem, comprometimento de ordem psicologia) ou doenças (anomalias, alterações físicas, sequelas, etc.) que afetam o ser humano no âmbito mental, psíquico e psiquiátrico (SUS, 2008).

Alguns transtornos ou tipos de comportamento podem surgir precocemente no decorrer da formação do indivíduo ou em consequência de fatores diversos. Estes transtornos podem aparecer sob a influência conjugada ou não de características fisiológicas ou por questões sociais e ocorrem no decorrer da vida.

Salienta-se que, os transtornos e os desvios de comportamento incidem em anomalias extremas ou expressivas das percepções, sejam pensamentos ou sentimentos e refletem individualmente nas relações, impactando não só o doente como os que com ele convivem (SUS, 2008).

Na lista dos transtornos mentais, Classificação Internacional de Doenças (CID10) aceita pelo Brasil, estão ansiedade, fobias, transtornos obsessivos compulsivos (TOC), as dependências químicas, a esquizofrenia, os mentais orgânicos como demência, a depressão, o pânico, o transtorno de estresse pós-traumático, dentre outros.

Os transtornos de depressão compreendem um termo empregado para indicar condições afetivas de tristeza, até mesmo um sintoma, uma síndrome ou diversas doenças (PORTO, 1999).

Ressalte-se que muitos policiais penais envolvidos no sofrimento, não buscam ajuda, por vergonha ou medo de repressão, permitindo a evolução de doenças silenciosas (MIRANDA, 2016). Para os profissionais de saúde as doenças silenciosas, muitas vezes incapacitantes, precisam de tratamento e acompanhamento psicológico, bem como de mudança de hábitos.

#### **4.1 Prevenção e tratamento**

Quando abordado a temática da prevenção institucional deve-se considerar que esta é composta por três níveis, sendo estes, prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária, também denominada prevenção universal, destina-se a população geral da organização, ou seja, este nível de prevenção relaciona-se a



ações de conscientização acerca da problemática, de estratégias para identificá-la e manejá-la da melhor forma possível, entre outras.

Já no que diz respeito à prevenção em nível secundário, está encontra-se direcionada a grupos específicos, de baixo, médio ou alto risco, ou seja, já existe a identificação dos possíveis grupos de risco e a intervenção conta com estratégias específicas direcionadas a essa população.

A prevenção terciária, por sua vez, destina-se a pessoas que já estão em estágio avançado das doenças mentais ou tentaram suicídio alguma vez e intervém no intuito de impedir que essas pessoas voltem a vivenciar tal experiência. (Soreff S, 2021, Silva BCR, 2018).

É importante ressaltar que indivíduos que apresentam prognóstico e diagnóstico ou intenção suicida, tendem a apresentar alguns sinais tais como, a preocupação excessiva com a morte, senso de isolamento, pouco convívio com familiares e amigos, distração e falta de senso de humor, distância emocional das pessoas, parecendo viver em seu próprio mundo, o foco no passado, pensamentos de que mundo seria melhor sem ele e o predomínio da falta de esperança (Kulbarsh P, 2015). Nesse sentido, a prevenção institucional deve ser realizada por meio de ações de sensibilização e capacitação dos atores principais.

Devido ao fato de o policial penal constituir-se em uma organização baseada na disciplina e hierarquia, faz-se essencial o investimento na capacitação e sensibilização dos atores responsáveis pela gestão de setores estratégicos da corporação. Contudo, tais ações exigem mudanças tanto de comportamentos, quanto de percepções influenciadas por uma cultura organizacional marcada por preconceitos e estigmatização do paciente com doença mental, fazendo com que os resultados desse tipo de ação preventiva sejam lentos.

A prevenção institucional voltada ao policial penal deve ter viés preventivo e de tratamento de transtornos mentais (Silva BCR,2018). Capacitações e esclarecimentos a respeito de doenças psicológicas e transtornos mentais são necessários, acompanhadas de mudança comportamental e da superação de preconceitos e estigmas (Silva BCR,2018, Soreff S,2021).

No entanto, programas e ações que visem à prevenção e o tratamento dos sofrimentos psíquicos que acometem essa população, ainda são muito escassos no país (Silva BCR,2018).

Contudo, tais programas e ações ainda constituem-se como estratégias isoladas no país, evidenciando a relevância de pesquisas acerca da temática, bem como, de programas e políticas públicas que destinem-se ao atendimento da demanda dessa população.

A área da saúde mental se manifestou, nesse cenário, com atividades ligadas aos departamentos de saúde com foco nos casos de dependência química, crises de estresse, depressão ou em projetos relacionados a qualidade de vida do policial. A principal estratégia utilizada para o manejo dessas situações é o atendimento clínico individual. Embora seja comum essa resposta ao problema, cabe ao psicólogo problematizar sobre as diversas situações de violência que os agentes de segurança sofrem.(Zorzo, 2004)

Alguns policiais não procuram atendimento psicológico, por associar a psicoterapia a algum tipo de fraqueza ou derrota pessoal. Rosa (2003; 2002) ressalta que é possível que não tenham clareza do trabalho proposto, pois, muitas vezes, é o próprio comando que faz o devido encaminhamento. Com isso, recomenda-se que seja repensada a estratégia de atuação do psicólogo dentro do âmbito da segurança pública, em razão da desmotivação identificada. Por fim, destaca-se a relevância da psicologia trazendo a perspectiva de uma polícia mais cidadã, em vista da segurança pública para além da repressão. No entanto, é preciso que esse profissional tenha habilidade de enfrentar os impasses e, ao firmar melhor seu espaço, reivindique melhores condições de trabalho.

Vale ressaltar a importância de realização de oficinas, capacitações informais, palestras e workshops para os servidores e seus familiares.

## **5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Na busca por um resultado eficaz na pesquisa, tornou-se fundamental a descrição dos procedimentos metodológicos levados a efeito com vistas a realizar o tratamento científico do problema suscitado, qual seja: Adoecimento Psicológico: Um risco silencioso enfrentado pelo Policial Penal no Estado de Roraima.

Nessa linha intelectual levaram-se em consideração as orientações constantes da disciplina de Metodologia da Pesquisa do Mestrado em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania da Universidade Estadual de Roraima, como também, buscou-se fundamentá-la por meio de obras, tais como a do autor Antônio Carlos Gil (2017) intitulada: Como Elaborar Projetos de Pesquisa, tudo com arrimo no entendimento de que concerne aos métodos e técnicas de elaboração de estudos científicos.

Para que a pesquisa pudesse ser realizada, inicialmente foi encaminhada a Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania SEJUC, um Termo de autorização para coleta de dados.

### **5.1 Área de Estudo**

Servidores efetivos Policiais Penais, Secretaria de Estado de Justiça e da Cidadania/SEJUC.

### **5.2 Tipo de Estudo/Método**

De acordo com Gil (2002, p.38) a pesquisa fenomenológica se propõe a uma descrição da experiência vivida da consciência, mediante o expurgo de suas características empíricas e sua consideração no plano da realidade essencial. Trata-se, pois, de um tipo de pesquisa que buscou descrever e interpretar os fenômenos que se apresentam à percepção. A pesquisa fenomenológica busca a interpretação do mundo através da consciência do sujeito formulada com base em suas

experiências. Seu objeto é, portanto, o próprio fenômeno tal como se apresenta à consciência, ou seja, o que aparece, e não o que se pensa ou se afirmar a seu respeito.

### **5.3 Público-Alvo**

O público-alvo da pesquisa foram os Policiais Penais. Realizando um levantamento de dados de 2018 a 2021 o quantitativo de Policiais Penais foram afastados por doença Psicológica e relacionar as principais doenças conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), as informações foram fornecidas pelo Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania (SEJUC) ou setor responsável.

### **5.4 Classificação da Pesquisa**

Visando atingir os objetivos do projeto foi realizada pesquisa de natureza documental. De acordo com GIL (2017, p. 26) as pesquisas aplicadas “são voltadas à aquisição de conhecimentos com vistas à aplicação numa situação específica”. Corroborando com isso, Zamberlan (2019) pontua que a pesquisa de natureza aplicada visa gerar conhecimentos à solução específica da realidade, envolvendo verdade e interesses locais. Ainda segundo Zamberlan (2019, p.94) quanto o pesquisador opta por trabalhar com a pesquisa quantitativa significa que poderá traduzir em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, servindo para investigar a relação causa-efeito, tanto entre os fenômenos quanto entre as variáveis.

### **5.5 Formas de Abordagem**

O estudo teve abordagem de caráter quantitativo, pois se considera possível traduzir em números as informações que serão disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania (SEJUC) ou setor responsável, analisadas,

compiladas e, posteriormente, transformadas em um projeto de criação do Núcleo Psicossocial que será entregue ao Secretário de Estado da Justiça e da Cidadania (SEJUC). Neste consta o objetivo da pesquisa, a descrição das atividades, material de apoio necessário, corpo técnico necessário e cronograma de atividades como propostas para o funcionamento do núcleo.

## **5.6 Tipos de Pesquisa**

Foi caracterizada como exploratória quanto aos objetivos, visando identificar fatores determinantes ao estudo, estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. (GIL, 2002, p.41).

Para Gil, basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados.

## **5.7 Procedimentos da Pesquisa**

A pesquisa busca verificar a percepção sobre a sua qualidade de vida no trabalho com foco no policial penal, sob o enfoque do modelo integrador biopsicossocial e Organizacional (BPSO) com justiça organizacional para o bem-estar no serviço público (ANDRADE, 2016), para a produção de conhecimento científico apto a contribuir como indicativo para políticas públicas e produção normativa no setor.

## **5.8 Instrumentos de Coleta de Dados**

Para a compreensão do fenômeno avaliado a coleta ocorrerá mediante o levantamento de dados de 2018 a 2021, sobre o quantitativo de Policiais Penais que foram afastados por doença Psicológica e relacionar as principais doenças conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), visando identificar fatores determinantes ao estudo.

### **5.9 Riscos e Benefícios**

Os riscos vulnerabilidade aos riscos psicossociais.

Como benefício foi oportunizado aferir se os direitos à saúde psíquica aos Policiais Penais estão sendo garantidos e difundir essas informações

### **5.10 Análise dos Dados e Discussão dos Resultados**

Para proceder às análises posteriores considerou-se o número amostral, desta forma. Para a adequada classificação dos resultados a que a pesquisa chegará, serão utilizados os autores citados, bem como autores que serão consultados ao longo da construção do referencial teórico deste trabalho.

## 6. RESULTADO E DISCUSSÃO

Diante do tema proposto e do referencial bibliográfico utilizado no estudo, é possível traçar uma análise sobre os objetivos e questionamentos abordados.

O presente estudo aponta que são vários os fatores que podem influenciar de maneira positiva ou negativa na qualidade de vida dos profissionais de segurança pública, tendo como fatores emergentes a satisfação familiar, amorosa, social, ambiental, física e nas relações sociais do indivíduo.

Ao se direcionar a qualidade de vida ao ambiente de trabalho, pode se perceber através da análise bibliográfica realizada, que vários são os autores que buscam definir o termo “qualidade de vida” para assim traçar um estudo mais detalhado sobre os fatores que de fato garantam que o profissional se sinta bem em seu local de trabalho, tendo bem-estar, gratidão e crescimento pessoal.

(Rodrigues 1995 e Santos 2012) possuem um entendimento parecido quanto à qualidade de vida ao afirmarem que, “a qualidade de vida esta intimamente ligada ao desenvolvimento social do individuo, tais como, saúde, educação, lazer e outros”. Condicionando a qualidade de vida no trabalho, há níveis altos de estresse, tensão e desmotivação.

Algumas áreas laborais são mais propicias às doenças provocadas pela qualidade de vida profissional precária, merecendo destaque, a área da saúde, educação e de segurança pública.

Destarte, a partir dos entendimentos alcançados com o estudo bibliográfico realizado quanto ao tema proposto, pode se perceber que os policiais penais estão sujeitos a fatores que prejudicam a saúde e satisfação no trabalho.

A pesquisa examina o conhecimento sobre a qualidade de vida profissional, apresentando sugestão de projeto de criação do Núcleo de Atendimento Psicossocial, que incentive a adoção de ações de prevenção do adoecimento do policial penal, vislumbrando assim, a melhoria da condição de vida profissional do indivíduo, a fim de apoiar e elaborar políticas de qualidade de vida, bem-estar, saúde, desenvolvimento pessoal, exercício da cidadania e valorização dos profissionais.

Inúmeras são as possibilidades de ações que prezem pela satisfação do indivíduo no seu local de trabalho, poucas são postas em prática, contudo, muito ainda pode ser feito para que o profissional tenha satisfação em exercer sua função de forma eficaz. A partir do ponto crítico levantado com a pesquisa bibliográfica realizada, tem-se algumas proposições de ações que visam à melhoria da qualidade de vida dos Policiais penais.

Dentre os objetivos elencados, a pesquisa expôs as principais doenças psicológicas que acometem o policial penal apontando as principais características e consequências destas doenças, exibindo de mesmo modo formas de tratamento. Assim, após o levantamento de dados, dentre as doenças psicológicas mais comuns, que acarreta o afastamento dos policiais penais entre os anos de 2018 a 2021 com um total de 79 afastamentos.

**Tabela 1 Levantamento de dados Atestados Psicológicos e Psiquiátricos - 2018 a 2021.**

### **PLANILHA**

<b>ATESTADO PSICOLÓGICO - 2018 A 2021</b>	
<b>CID</b>	<b>QUANTIDADE</b>
<b>F - 43</b>	<b>6</b>
<b>F - 43.1</b>	<b>1</b>
<b>F - 41.2</b>	<b>4</b>
<b>F - 06</b>	<b>32</b>
<b>F43.2</b>	<b>3</b>
<b>F - 43.8</b>	<b>6</b>
<b>F32.3</b>	<b>1</b>
<b>F - 41.1</b>	<b>10</b>
<b>F41.0</b>	<b>10</b>
<b>F32</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL = 79</b>	

Elaborada pela autora com base nos dados coletados fornecidos pela secretaria de estado. (2023)

Atualmente no CID-10, sob o código F43.2, o Transtornos de adaptação pode verificar-se no levantamento de dados fornecidos pela SEJUC, foi observado 3 afastamentos. O transtorno de adaptação está descrito como, estado de sofrimento e de perturbações emocionais subjetivos, que entravam usualmente o



funcionamento e o desempenho sociais, decorrente no progresso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante.

O diagnóstico de Transtorno de Adaptação (TA) foi incluso na Classificação Internacional de Doenças (CID) apenas a partir de sua 9ª edição (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978; Casey, Dowrick, & Wilkinson, 2001). Antes de sua inclusão nos manuais diagnósticos, a manifestação de sintomas após como um estressor psicossocial era nomeada como Distúrbio Transitório Situacional (Casey & Baley, 2011).

O fator estresse pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado), ou ser, ainda, representado por uma etapa da vida ou uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria) .... (OMS, 2000, p. 337).

Quanto ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a classificação do TA foi inserida a partir da 3ª edição e entendida como um diagnóstico transitório, não excedendo o período de seis meses (American Psychiatric Association [APA], 1987). Apenas na edição seguinte foi concebida a possibilidade da cronicidade do quadro nosológico (Strain & Frideman, 2011).

O TA passou a ser um dos transtornos que compõem um conjunto heterogêneo de síndromes de resposta ao estresse, desencadeadas após a ocorrência de um acontecimento estressante, podendo ser ele traumático ou não. Quanto aos subtipos considerados no DSM-IV, permaneceram inalterados na nova edição (APA, 2013b). Algumas modificações apresentadas no DSM-5 haviam sido propostas por Marcker, Einsle e Kollner (2007), com base no conceito de Stress Response Syndromes, o qual era voltado para a descrição do transtorno do estresse agudo e do transtorno do estresse pós-traumático (Horowitz, 1997).

O ajustamento do TA a essa teoria de síndromes de resposta ao estresse ocorreu em critérios diagnósticos mais específicos. Na nova organização diagnóstica proposta, as respostas sintomatológicas a um estressor identificável necessitam ocorrer dentro de um mês após o evento estressante. Os sintomas são classificados como intrusivos sem ter a consciência desse pensamento (lembranças angustiantes involuntárias e pensamentos repetitivos constantes sobre o evento), evitativos (evitar

situações, pensamentos, sentimentos e comentários associados ao evento) e mal adaptativos (perda de interesse por atividades diárias, dificuldade de concentração, prejuízos no sono e redução da autoconfiança) (Maercker, 2007).

**Tabela 2 CRITÉRIOS PARA DIAGNOSTICO DO TRANSTORNO DE DE ADAPTAÇÃO - TA**

<b>CRITÉRIO A</b>	Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor ou estressores identificáveis ocorrendo dentro de três meses de início do estressor ou estressores.
<b>CRITÉRIO B</b>	Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, conforme evidenciado por um ou mais dos seguintes aspectos: sofrimento intenso desproporcional à gravidade ou a intensidade do estressor, considerando-se o contexto cultural e os fatores culturais que poderiam influenciar a gravidade e a apresentação dos sintomas, prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
<b>CRITÉRIO C</b>	A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios de outro transtorno mental e não é meramente uma exacerbação de um transtorno mental preexistente.
<b>CRITÉRIO D</b>	Os sintomas não apresentam luto normal
<b>CRITÉRIO E</b>	Uma vez que o estressor ou suas consequências tenham cedido, os sinais não persistem por mais de seis meses.

Elaborado pela autora com base nos dados coletados do DSM5.

No âmbito de tratamento para o TA, a literatura científica se apresenta escassa e pouco precisa. Por expor elevado sofrimento, o que interfere em suas atividades diárias, a pessoa acometida pelo TA necessitar de reabilitação. A possível possibilidade de ser um quadro curto não significa que o TA não precise ser tratado.

No entanto, a falta de pesquisas sobre o assunto dificulta a identificação de uma terapia adequada para tais casos, além de reforçar a vertente que defende a não medicalização do sofrimento. Esses fatores podem fazer o sujeito que está apresentando sintomas de TA deixar de receber a atenção clínica necessária (Casey & Baley, 2011). Assim como ocorre em outras psicopatologias, o sofrimento decorrente do TA envolve emoções como desesperança, estresse e desespero, o que pode levar à ideação suicida e, em casos mais severos, ao suicídio (Bolu et al., 2012). Os quadros mais comuns foram dependência alcoólica, com 16%, e TA, com 15%. Os autores concluíram que o estresse psicossocial teve forte influência nos suicídios naquela região (Manoranjitham, Rajkumar, & Thangadurai, 2010).

Observando-se a necessidade de ter conhecimento a respeito de pesquisas sobre esse transtorno, notoriamente pouco estudado e que pode ser diagnosticado pelos profissionais de saúde,

Observa-se que a terapia cognitivo-comportamental, em alguns estudos, é considerada adequada para um bom prognóstico do transtorno de adaptação (Shaffer et al., 1981; Van der Klink et al., 2003; Nieuwenhuijsen et al., 2010). Uma de suas contribuições consiste no retorno do indivíduo às atividades cotidianas, interrompidas devido à presença do transtorno. A psicoterapia dinâmica, apesar de os respectivos autores mencionarem ser um método eficaz para os casos de TA, mostrou interferir positivamente em apenas um dos pontos relevantes do tratamento para esse diagnóstico no que diz respeito à capacidade de defesa do paciente. (Kramer et al., 2009; Kramer et al., 2010).

Outros dois métodos psicoterápicos, o treinamento autógeno e a terapia do espelho, apresentaram resultados favoráveis no tratamento dos sintomas do TA (Jojíc & Leposavić, 2005a; Jojíc & Leposavić, 2005b; Gonzales-Jaimes & Turnbull-Plaza, 2003).

Quanto ao tratamento medicamentoso, e indicado antidepressivos atípicos e ansiolíticos sobre os sintomas ansiosos e depressivos, oriundos do TA. Mostraram-se bons agentes redutores de sintomas. Um artigo mais recente, publicado após o processo sistemático de revisão, reforça a indicação de Etifoxina para o tratamento de TA, indicando melhores efeitos que o Alprazolam em longo prazo (Stein, 2015).

Em relação ao Transtorno de Estresse Agudo (TEA) com o CID F43.0, foi levantado 06 afastamentos nos decorrentes anos pesquisados, aonde caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas de medo intenso ou sensação de impotência, típicos da reação mediante a exposição traumática. Sabe-se que a apresentação clínica é muito individualizada, entretanto, em geral, envolve uma resposta de ansiedade, incluindo reatividade ou revivência do evento traumático, onde o indivíduo passa a reviver o evento traumático a partir de sonhos, pensamentos e imagens, ocasionando prejuízos significativos. Possui duração variando de três dias a um mês após a exposição, assim, para que o quadro sintomatológico pleno esteja presente é necessário a ocorrência dos sintomas no mínimo três dias depois do evento traumático de forma que o diagnóstico só pode ser feito até um mês depois do evento, (APA, 2014).

Os eventos traumáticos devem ser violentos ou acidentais, tais como ataque pessoal violento, suicídio, acidente grave ou lesão e a gravidade deve estar intimamente relacionada com a intensidade e proximidade com o agressor. Ademais,

a partir das modificações ocorridas no DSM-5, o critério diagnóstico A para o TEA foi expandido, em que além do indivíduo vivenciar ou testemunhar o trauma, ele pode ter conhecimento da ocorrência do evento traumático com algum familiar ou amigo próximo, além de ser exposto a detalhes aversivos do trauma, similarmente a modificação sofrida para o critério A do TEPT. (Araújo, Lotufo,2014).

Assim, fica evidente que o critério diagnóstico A é uma condição necessária para a realização do diagnóstico do TEPT e TEA. (Mello,2011) No que se refere à prevalência do TEA, esta varia de acordo com a natureza do evento e o contexto no qual é avaliado, mas as estatísticas atuais giram em torno de menos de 20% dos casos após eventos traumáticos.

Com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do TEA, no âmbito do temperamento incluem-se histórico de transtorno psiquiátrico anterior, níveis elevados de afetividade negativa, maior gravidade percebida do evento traumático, estilo de enfrentamento evitativo, avaliações exageradas de dano futuro, culpa ou desespero.

História de trauma anterior configura-se como o fator ambiental, enquanto que diz no fator genético e fisiológico, o DSM-5 aponta que pessoas do sexo feminino possuem mais risco de desenvolver o TEA. Entre as principais comorbidades existente no TEA, o DSM-5 menciona que é relativamente comum que indivíduos com TEA sofram ataques de pânico dentro do primeiro mês após o evento traumático, sendo desencadeado pelas lembranças do trauma ou até mesmo de maneira espontânea. (APA, 2014)

É importante salientar que o TEA pode ainda predispor ao desencadeamento de TEPT, deste modo, a pessoa com TEA apresenta graves prejuízos funcionais, sociais, interpessoais e profissionais, já que os níveis extremos de ansiedade interferem no sono, nos níveis de energia e conseqüentemente na capacidade de realizar tarefas. Assim, o indivíduo afasta-se de situações percebidas como potencialmente ameaçadoras, originando faltas a consultas médicas, no trabalho e evitação em compromissos importantes.

O prognóstico do TEA está relacionado com diversos fatores, sendo eles: a curta duração do quadro psicopatológico, início imediato dos sintomas, apoio social, ausência de outros transtornos psiquiátricos anteriores. (Sadock, 2007).

**Tabela 3 CRITÉRIOS PARA DIAGNOSTICO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE AGUDO - TEA.**

<b>Critério A</b>	Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violação sexual em uma ou mais das seguintes formas: vivenciar diretamente o evento traumático, testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas, saber se o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo, sendo um evento violento ou acidental, ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático.
<b>Critério B</b>	Presença de nove (ou mais) dos seguintes sintomas de qualquer uma das cinco categorias de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, começando ou piorando depois da ocorrência do evento traumático.
<b>Critério C</b>	A duração da perturbação (sintomas do critério B) é de três dias a um mês depois do trauma.
<b>Critério D</b>	A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
<b>Critério E</b>	A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (ex: medicamento, álcool) ou outra condição médica (ex: lesão cerebral traumática leve) e não é mais bem explicado por um transtorno psicótico breve.

Elaborado pela autora com base nos dados coletados do DSM5(2023).

Outro ponto importante que encontramos no levantamento de dados da pesquisa, com um afastamento, o CID F43.1 que corresponde ao Transtorno de estresse pós-traumático. O estresse compreende uma resposta física, normal para acontecimentos que fazem o indivíduo se sentir ameaçado ou quando o indivíduo está sobre pressão, sendo uma posição de alerta de autoproteção, podendo ser definido como uma totalização de estímulos físicos e mentais da inaptidão para definir o que é fato, e que são os anseios pessoais (NICOLAU, 2009).

Os riscos inerentes à atividade policial remetem a situações de incertezas e tensões constantes, mesmo após o turno de trabalho; isto se dá pela visibilidade ligada ao uso da farda e de mesmo modo pela perseguição motivada pela vingança (SILVA, 2009). Essa tensão constante desencadeia um processo de estresse ininterrupto, deixa o corpo em sinal constante de alerta, gerando um estresse crônico deixando o indivíduo vulnerável a ansiedade e a depressão.

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é uma desordem da ansiedade distinta por um composto de ações/reações e manifestações físicas, mentais e emocionais devido à seqüela de traumas vividos que, em geral, despertaram perigo à vida. A recordação remete a todo o sofrimento vivido na ocasião, resultando em modificações neurofisiológicas e mentais (VARELLA, 2016).

O transtorno é desenvolvido em pessoas que estiveram envolvidas em episódios de violência urbana, guerra, agressão física, tortura, assalto, sequestro,

acidentes, dentre outros. Assim, as ameaças consistentes de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, são situações diárias presentes nas atividades do policial militar que, motivam o adoecimento silencioso (FIGUEIRA e MENDLOWICZ, 2003).

O estresse pós-traumático engloba: a lembrança da experiência traumática, apresentada, por meio de pesadelos e a reviver o episódio, que remete a fuga e esquiva a tudo que liga ao ciclo das lembranças traumáticas, estas reações podem ser caracterizadas como reações de fuga exageradas, eventos de pânico, desequilíbrio do sono, problema de concentração, sensibilidade e apreensão constante.

Para Mendes (2013) o desgaste emocional provocado pela forma de trabalho, principalmente no caso do trabalho do policial militar contribui de modo significativo na motivação de transtornos relacionados ao estresse, como nos episódios de depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias, e doenças psicossomáticas. Para o autor, as pessoas acometidas pelas implicações estressoras laborais possuem um baixo rendimento no trabalho e comumente estão irritadas e deprimidas.

Como resultado os sintomas de distanciamento emocional com a diminuição de afetividade, somado aos sentimentos negativos de impotência e incapacidade, que são naturais no indivíduo para se proteger do perigo; assim, quando o indivíduo perda a expectativas, experimenta a impressão de abandonado. Quando existe a persistência dos sistemas em todas as situações a pessoa pode experimentar fracasso pessoal, sensação de incapacidade, gerando isolamento e em muitos casos a incapacitação do indivíduo pela falta de motivação e energia para o trabalho.

De acordo com os resultados da pesquisa o CID F-43.8, que é referente a outras reações ao stress grave esgotamento total, síndrome de Burnout apresentou 06 afastamentos no decorrer dos anos pesquisados.

A Síndrome de Burnout ou síndrome do esgotamento profissional decorre do estresse laboral, sendo distinguida por uma exaustão emocional, somada a uma autoavaliação negativa, depressão e insensibilidade com relação à vida como um todo. A instauração da síndrome poderá estar relacionada, também, com as relações de subordinação (ALMEIDA, 2007).

Observa-se que as doenças ocasionadas pela prática laboral em muitos casos só são entendidas quando em estágios graves. Isto ocorre devido aos

sintomas serem comuns e confundidos com moléstias diversas que disfarça a identificação precoce da doença, gerando um sofrer silencioso e incompreendido por muitos colegas de trabalho e até por familiares.

Devido a grandes responsabilidades alusivas à sustentação da ordem frente a criminalidade, o policial penal tem maior probabilidade de desenvolver burnout. Esta síndrome incide em maior número de profissionais, cuja função é cuidar de outras pessoas, tais como: médicos, policiais, bombeiros, agentes penitenciários, dentre outros (ALMEIDA, 2007).

A exaustão física, psíquica e emocional que decorrem das atividades laborais somadas a dificuldade de adaptação e mesmo de superação de traumas, vivenciados no trabalho, quando prorrogadas, em clima de tensão, são fortes agentes promotores da síndrome de burnout. Na maioria dos casos os portadores da síndrome em estágio avançado, visando alívio de suas dores e conflitos buscam refúgio em substâncias psicoativas, o alcoolismo e o uso de drogas (ALMEIDA, 2007).

Diante dos dados apresentados é possível constatar que a ansiedade generalizada está em segundo lugar como o maior quantitativo de afastamento nos anos pesquisados, sendo eles no total de 10 afastamentos. A ansiedade generalizada conforme CID F 41.1 é caracterizada por preocupações, com excessiva excitação do sistema nervoso central, conseqüentemente a interpretação de uma situação de angústia, sendo o grande sintoma de característica psicológica. A ansiedade manifesta-se por pensamentos negativos com o que estar por vir, e o receio diante de situações de risco, em situações competitivas, esportivas ou até mesmo uma situação de ameaça. Há meios de auxiliar os pacientes a se recuperarem desse transtorno, seja através de tratamento com medicamentos usuais, ou com tratamento alternativo. (REGINA E COLABORADORES, 2000)

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por sintoma ansioso persistente que afeta ampla variedade de comportamentos do paciente nas mais diversas situações cotidianas. ANDREATINIR (2001) ressalta que as manifestações podem variar ao longo da vida e incluem sintomas de tensão motora, como tremores, incapacidade para relaxar, fadiga e cefaleia, sintomas de hiperatividade atômica, como palpitação, sudorese, tontura, ondas de frio e calor, falta de ar, irritabilidade e dificuldade de concentração.



Além desses sintomas somáticos, o transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se também a mudança de humor como pensamentos e expectativa apreensiva com pensamentos negativos. ANDREATINIR (2001) afirma que esses conteúdos mentais estar na maior parte do tempo ligada ao trabalho, estudo, não planejamento de tarefas, situações repetitivas, falta de paciência no trânsito, etc.

Esse tipo de distúrbio pode aparecer na infância ou adolescência, mas não é raro o início após os 20 anos de idade em que sintomas depressivos acompanham o distúrbio de ansiedade generalizada.

O distúrbio tende a ser crônico com componente importante de desenvolvimento na forma ou temperamento ansioso. ASBAHR (2004) ressalta que esta doença é vista como condição clínica, com componente importante de desenvolvimento na forma ou temperamento ansioso. Em muitos casos o transtorno de ansiedade faz com que as pessoas inicialmente procuram o clínico geral, gastroenterologista, ao em vez do psiquiatra para o tratamento.

A ansiedade e a depressão afetam indivíduos no enfrentamento de problemas cotidianos como: desemprego, violência, o estresse cotidiano, esses fatores, provoca o aumento da ansiedade, levando a risco cardíaco e por conseguinte depressão, com isso, STOPPE(2002) alega que o indivíduo passaria a potencializar seus vícios, descuidar da dieta, aumentando o risco de aparecimento de outras doenças.

No diagnóstico de paciente com transtorno ansioso, deve-se avaliar a gravidade da ansiedade, a duração e frequência com que ela ocorre, antes de se prescrever algum tipo de medicação. O transtorno de ansiedade leve, não necessariamente deve ser tratado com medicação, podendo o paciente buscar acompanhamento psicológico para a resolução dos sintomas. RODRIGUES(2007)

Os medicamentos mais prescritos para o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada, são os antidepressivos, ansiolíticos e os benzodiazepínicos. Os efeitos adversos são bem comuns, sendo que muitos dos indivíduos que possuem o transtorno de Ansiedade Generalizada informam que é muito difícil o tratamento por conta das reações adversas, pacientes sem a orientação do especialista acabam optando pelo abandono do tratamento pela falsa impressão de piora dos sintomas. ANDREATINIR(2001)



O transtorno de ansiedade generalizada poderá aparecer após grandes traumas ligados à violência urbana. VIANNA (2009) Traumas mentais podem decorrer ainda das relações sociais, sendo o Bullying muito comum, com efeitos devastadores sobre a vida dos indivíduos, por fragilizar a autoestima e o relacionamento interpessoal.

O Transtorno misto ansioso e depressivo caracterizado no CID F41.2, teve o quantitativo de 04 afastamentos no decorrer dos anos analisados. Hoje em dia, a ansiedade e depressão são condições que acometem muitas pessoas. Mas nem sempre pessoas ansiosas ou tristes recebem um ou outro diagnóstico. Por isso, o Código Internacional de Doenças (CID) decidiu catalogar o transtorno misto ansioso e depressivo.

Este transtorno não está enquadrado no DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais nº 5 – que é um conjunto de transtornos mentais registrados pela Associação Americana de Psiquiatra.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao menos 18,6 milhões de brasileiros sofrem de algum transtorno de ansiedade. Além disso, a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) de 2019 apontou que 10,2% (16,3 milhões) das pessoas com mais de 18 anos sofrem da doença.

Transtorno misto ansioso depressivo é um quadro no qual não se faz o diagnóstico nem de depressão, nem de algum transtorno de ansiedade, mas, mesmo assim, a pessoa apresenta sintomas de ambas as condições. Antes de mais nada, é importante que se verifique se os sintomas de ansiedade e tristeza são agudos ou crônicos. Isto é, ocasionados por alguma ocasião específica (por exemplo, em uma situação de luto é esperado que se tenham esses sintomas), ou se eles persistem por um tempo sem que uma circunstância emocionalmente forte tenha ocorrido.

Tabela 4

- 
- Baixa autoestima
  - Desejo de ficar em solidão
  - Fadiga, indisposição e falta de energia
  - Tristeza que persiste por mais de 14 dias
  - Perda de interesse nas atividades que anteriormente eram prazerosas (sintoma chamado de anedonia)
  - História de ataques de pânico
  - Calafrios, adormecimentos
-

- 
- Preocupação exacerbada com eventos futuro
  - Fácil irritação, impaciência e auto agressões (diferenciar do [transtorno de escuriação](#))
  - Insônia (dificuldade de pegar no sono ou de manter uma noite de descanso contínua)
  - Inquietude, falta de foco e concentração
  - Alterações no apetite (perde-se a fome ou come mais do que o habitual – comida como um refúgio para as tensões do dia a dia)
- 

Elaborado pela autora com base nos dados coletados no DSM5 (2023).

Caso presente pelo menos 4 desses sintomas por mais de 4 semanas, é importante que se procure ajuda de um especialista em saúde mental para receber uma avaliação individualizada e, assim, detectar se é um caso de transtorno misto ansioso depressivo ou não.

Para preencher todos os critérios do CID F41.2 e diagnóstico do transtorno misto ansioso depressivo, é preciso afirmar que os sintomas: Não são causados por medicamentos ou condições de saúde; Causam prejuízos ou distúrbios significativos no cotidiano da pessoa; Não atendem os critérios de outros transtornos mentais.

Um dos motivos para essa associação entre depressão e ansiedade é que ambas as condições têm relação com a falta de determinados neurotransmissores no cérebro, em especial a serotonina. Essa questão repercute em uma semelhança no tratamento, sobre o qual saberemos mais na sequência. KAPLAN,2003)

Observou que o CID F32, que tem como referência Episódios depressivos leve, encontramos o quantitativo de 06 afastamentos nos anos pesquisados. Soler (2012) aborda a depressão como uma abstenção do neurótico frente ao regime competitivo atual. Esse pensamento é produtivo para refletir também sobre as exigências culturais contemporâneas. Birman (2017), Mendes e colaboradores (2014) e Campos (2016) também abordam a questão da cultura sem perder de vista os processos constitutivos do sujeito na sua relação com o outro no surgimento da depressão.

Em consonância com esse pensamento, Fédida (1999) afirma que a depressão é uma posição econômica que concerne à organização narcísica de vazio. Na mesma direção, Kehl (2009) considera que a depressão, enquanto sintoma, decorre de uma escolha, no sentido freudiano de “escolha da neurose”, consequência do atravessamento do complexo de castração e está relacionada ao lugar no qual o sujeito se posiciona.

Entretanto, é necessário considerar a perspectiva da transitoriedade da depressão, uma vez que o momento depressivo pode apresentar-se na vida psíquica de qualquer sujeito neurótico, em sua tentativa de lidar com os ideais. Não devemos perder de vista que pode haver desejo de saber sobre o próprio sofrimento. Isto é o que permite demandar atendimento analítico e avançar, ainda que esse avanço possa parecer lento diante da aceleração temporal, marca da contemporaneidade.

O levantamento de dados possibilitou, observar que um dos menores quantitativo de afastamentos foi o CID F32.3 com apenas 01, que tem como referência o Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. Na contemporaneidade, a área de psicodiagnóstico utiliza dois reconhecidos classificatórios de doenças mentais para o diagnóstico da depressão com sintomas psicóticos, o DSM-5 e a CID-10 (Rothschild, 2013). Assim, o texto do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5, 2014) possibilita dois tipos de diagnósticos para a depressão com sintomas psicóticos: Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único Grave com Características Psicóticas, Ainda, o manual permite especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor.

Partindo para uma visão cognitiva acerca do transtorno, a depressão é resultante de hábitos de pensamento extremante arraigados. Sendo assim, os comportamentos negativos são decorrência de pensamentos e crenças disfuncionais, em vez de forças inconscientes, como sugerido pela teoria freudiana. Desse modo, a depressão pode ser entendida como consequência das próprias cognições e de esquemas desadaptativos, não descartando o pressuposto de que as causas da depressão são multifatoriais, envolvendo fatores biológicos, socioculturais e psicológicos (Zugman e Neufeld, 2012; Abreu e Oliveira, 2008).

A depressão com sintomas psicóticos é uma forma grave de transtorno de humor. Ressalta-se que, para muitos dos pacientes, o transtorno é crônico e recorrente, sendo que o risco de suicídio nesse transtorno chega a ser um terço maior que na depressão sem sintomas psicóticos. Ainda, a situação tende a agravar-se quando se trata de um transtorno refratário, parcela em que estão os maiores índices de suicídio (Castro e Neto, 2004; Gouveia, 1990).

Então, ressalte-se que, no processo psicoterapêutico, é fundamental a realização de um diagnóstico adequado sobre o sofrimento psíquico do paciente.

Tratando-se da depressão com sintomas psicóticos, é essencial a construção de um bom diagnóstico diferencial, pois será necessário, ao menos no início do tratamento, a utilização de medicação antipsicótica para normalizar o contato do paciente com a realidade, além de antidepressivos. Esse consórcio medicamentoso possibilita a utilização da terapia cognitivo-comportamental, que trabalhará com as crenças e os comportamentos disfuncionais do paciente (Beck, 2013; Hollon et al., 1991).

As prioridades no tratamento de pacientes com depressão psicótica são: ideação e conduta suicida; sintomas do espectro da depressão; e sintomas psicóticos (delírios e alucinações) (Beck, 2013). Dessa forma, na sequência, apresentam-se algumas estratégias e técnicas oriundas da terapia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão com a sintomatologia exposta acima.

**Tabela 5 Estratégias e técnicas oriundas da terapia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão psicótica.**

<b>Intervenções quando há risco de suicídio</b>	<b>Trabalhar a esperança, que permite ao paciente pensar em soluções funcionais para resolução dos seus problemas.</b>
Psicoeducação	Esclarecimentos de como os pensamentos produzem sentimentos; indicação de leitura de livros relacionados à problemática do cliente; treinamento de recursos para prevenção em situações de perda; e modelagem
Agenda e prescrição de eventos prazerosos	Busca alterar a frequência, a qualidade e a quantidade das interações sociais do indivíduo, por meio do treinamento de habilidades sociais e o uso da agenda diária com propostas de atividades prazerosas
Registro de pensamentos disfuncionais	Oportuniza ao paciente seguir identificando, avaliando e questionando seus pensamentos automáticos e, ainda, permite ao terapeuta ter uma ideia realística do que ocorre com seu paciente entre as sessões.
Reforço das estratégias de enfrentamento	Resgate do modo já utilizado pelo paciente para lidar com seus sintomas, mas buscando aperfeiçoar esses mecanismos e torná-los mais adaptativos
<b>Técnica dos módulos</b>	<b>5 passos, estabelecimento da aliança terapêutica e avaliação, uso de estratégias comportamentais para manejar sintomas, reações emocionais e atitudes impulsivas, discutir novas perspectivas sobre a natureza das experiências psicóticas vividas pelo paciente, estratégias para o manejo das alucinações, avaliação de pressuposições disfuncionais a respeito de si próprio e dos outros, reconstrução das crenças disfuncionais.</b>

Elaborado pela autora com base nos dados coletados em Técnicas em terapia Cognitiva comportamental (2023).

De acordo com os resultados da pesquisa o CID 41.0, Transtorno de Pânico apresenta 10 afastamentos nos anos pesquisados. Segundo Salum (2013), o transtorno de pânico (TP) se caracteriza pela presença e grande frequência de ataques de pânico que são acompanhados pela intensa sensação de medo e mal-estar, além de sintomas físicos e cognitivos em alta intensidade que atingem o sujeito em poucos minutos. Ataques estes, que quando ocorridos, causam preocupações ou modificações de comportamento acerca da possibilidade de um novo ataque. O modelo de Barlow explica que o ataque de pânico pode ser considerado como um alarme falso mediante estressores do ambiente.

O conjunto de crenças disfuncionais e pessoas mais vulneráveis biologicamente à ansiedade podem, em situações diversas, gerar o disparo de uma resposta autonômica inesperada. A depender da interpretação desse indivíduo sobre essa situação e os sentimentos percebidos, sendo essa interpretação geralmente catastrófica, as sensações entendidas como ameaçadoras facilitam com que ele tenha apreensão crônica e fique em estado de hipervigilância em relação às reações fisiológicas e ambientes. Por conta dessas sensações desagradáveis e dos pensamentos permeados, o indivíduo começa a agir de modo a evitar as situações que acredita que possam desencadear o ataque de pânico (SHINOHARA apud BARLOW, 1988).

Em relação ao que ocasiona, o DSM-V (2014) traz que o transtorno de pânico se refere não somente a ataques de pânico recorrentes inesperados, onde o termo inesperado se caracteriza por ataques que ocorrem sem uma causa específica, como, por exemplo, no caso de ataque de pânico noturno, onde o sujeito está na maioria das vezes relaxado e iniciando o adormecimento. Mas também se refere aos ataques esperados, que em contraste ao primeiro, existe uma causa específica, ou uma situação em que os ataques geralmente ocorrem. No Transtorno de Pânico é comum que apareça a agorafobia, pois estão muitas vezes associados. De acordo com o DSM-V (2014), a agorafobia pode ser definida como a apreensão e ansiedade com situações em que se pensa ser difícil escapar ou não ter a disponibilidade de auxílio caso tenha sintomas de pânico.

A apreensão e ansiedade podem aparecer por situações variadas, como estar em lugares abertos ou fechados, utilizar transporte público, ficar em uma fila ou multidão ou simplesmente estar fora de casa e outras situações. Em virtude disso, o

indivíduo passa a evitar essas situações ou necessita de companhia para tal. Essa esquivia agorafóbica faz com que o indivíduo tenha prejuízos na área social e profissional, por exemplo, vindo a impedir que realize atividades rotineiras.

Apesar de ser uma das principais características do TP, os ataques de pânico não são necessariamente exclusivos para o diagnóstico do transtorno. Eles podem surgir em outros transtornos de ansiedade, em transtornos psiquiátricos e até mesmo em pessoas saudáveis. Entretanto, uma avaliação completa da história clínica e a investigação dos sintomas são essenciais para definir seu diagnóstico. (JÚNIOR, Manfro; 2013).

O DSM-V (2014), em sua última versão, traz 4 critérios diagnósticos para o Transtorno de Pânico. Os critérios são classificados pelas letras A à D, que são apresentados a seguir. De acordo com o critério A, o diagnóstico para o transtorno de pânico pode ser definido como ataques que ocorrem de maneira recorrente e inesperada, definido como um surto de medo ou desconforto que atinge o pico em minutos.

Para que o diagnóstico seja realizado, durante o ataque, devem ser identificados quatro ou mais sintomas, entre: palpitações, coração acelerado, taquicardia; sudorese; sensação de falta de ar ou de que está sendo sufocado; tremores ou abalos; sensações de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; calafrios ou ondas de calor, parestesias; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle ou de enlouquecer e medo de morrer.

Dentre as características apresentadas no critério B, estão: apreensão ou preocupação com o ataque, medo em perder o controle, medo de ter um ataque cardíaco ou um AVC (por exemplo) e até mesmo medo de enlouquecer. Além de evitar situações que acredite poder estar relacionadas aos ataques de pânico, como por exemplo, se colocar em situações novas ou evitar fazer exercícios físicos.

Dentro do critério C, essa perturbação não pode ser advinda do uso de outras substâncias (como drogas e medicamentos) ou de outra condição médica (como hipotireoidismo e doenças cardiopulmonares). Por fim, conforme descrito no critério D, essa perturbação não pode ser explicada por outro transtorno mental.

CID F06.0 apresentando o maior quantitativo de afastamentos no total 32. Transtorno caracterizado por alucinações persistentes ou recorrentes, habitualmente

visuais ou auditivas, na ausência de uma obnubilação da consciência, e que o sujeito pode ou não reconhecer como tais.

As alucinações podem dar origem a uma elaboração delirante, mas as ideias delirantes não estão no primeiro plano; a autocrítica pode estar preservada. Estado alucinatório orgânico (não alcoólico).(APA,2014).

Essa síndrome recebe, pelos diversos especialistas que com ela se deparam, muitas denominações, o que torna o seu estudo às vezes dificultoso. Os termos mais comumente utilizados, entre outros, são: paciente confuso, estado confusional agudo, síndrome confusional aguda, psicose tóxica, psicose exógena, síndrome orgânico cerebral aguda, encefalopatia metabólica e reação exógena de Bonhoeffer. (Dalgalarrodo, 2008).

Características principais do delirium (Trzepacz; Meagher; Wise, 2006):1. Pode ser causado tanto por distúrbios próprios do cérebro como por distúrbios com origem fora do cérebro, mas com envolvimento sistêmico, que acarreta repercussões significativas sobre o funcionamento cerebral. 2. Instalação geralmente aguda ou subaguda (horas a dias). 3. Existem evidências de disfunção difusa do tecido cerebral, normalmente envolvendo os hemisférios cerebrais (sobretudo o córtex préfrontal, o parietal não-dominante e o fusiforme anterior), o sistema reticular ativador ascendente e o sistema nervoso autônomo.

Há no delirium, de modo geral, a hipoatividade das vias colinérgicas e a hiperatividade das vias dopaminérgicas. 4. A disfunção do tecido cerebral é potencialmente reversível se a causa for tratada com sucesso. 5. As manifestações clínicas variam muito de paciente para paciente e de um episódio para outro. 6. No delirium, o traçado do eletrencefalograma (EEG) está tipicamente lentificado, com exceção do delirium tremens (forma grave de abstinência alcoólica), em que se apresenta acelerado.

Em consonância Dalgalarrodo, (2008) relata que a evolução dos quadros orgânicos cerebrais agudos, são subdivididos em quatro fases, descreveremos sucintamente cada uma. Nas fases prodrômicas, o paciente sente-se ansioso, tem dificuldade para se concentrar, está inquieto, com medo e um tanto perplexo, pode apresentar hipersensibilidade a luz e sons, dificuldade para adormecer e sonhos ameaçadores ou pesadelos. Na segunda fase com o evoluir do quadro (geralmente no final da tarde e no início da noite), começam a surgir ilusões visuais e táteis

(roupas penduradas na parede parecem monstros), a ansiedade e a agitação psicomotora se intensificam. Podem ocorrer fenômenos autonômicos como sudorese profunda, tremores grosseiros (inclusive flapping) e febre.

Na terceira fase o delirium manifesta-se com mais intensidade à noite e de madrugada, alguns pacientes só se apresentam em estado confusional durante a noite, permanecendo surpreendentemente lúcidos durante o dia. Na quarta fase depois de terminado, o quadro permanece para o doente apenas como reminiscência vaga do que ocorreu.

É importante lembrar que, no delirium, com frequência ocorre uma variação temporal marcante, que pode causar dificuldades diagnósticas consideráveis. O paciente pode encontrar-se lúcido e orientado em um exame, e poucos minutos depois, encontrar-se sonolento, desorientado, muito ansioso, com ilusões ou alucinações visuais.

De modo geral, o DSM-V (2014) considera que a idade avançada, a existência de lesões cerebrais prévias, a dependência de substâncias e o uso abusivo de álcool por muitos anos sejam fatores inespecíficos que favorecem o desenvolvimento do delirium sempre que o cérebro é agredido de forma aguda e difusa. Esses fatores gerais implicam uma reserva funcional diminuída do cérebro que, dessa forma, é mais limitado em termos de recursos compensatórios perante lesões, alterações funcionais e perdas neuronais.

Deve-se lembrar que um cérebro lesado, atrofiado, com pouca reserva funcional é muito vulnerável a “desenvolver” o delirium, mesmo após alterações puramente ambientais ou psicológicas, como mudança de cidade, de domicílio ou mesmo transferência de quarto. Além disso, nos indivíduos vulneráveis, estresses biológicos aparentemente banais, como uma infecção urinária, podem desencadear quadros de delirium.

No quadro a seguir, serão apresentados aspectos clínicos significativos para o diagnóstico diferencial entre delirium, demência, depressão e esquizofrenia.

Tabela 6 Aspectos clínicos significativos para o diagnóstico diferencial entre delirium, demência, depressão e esquizofrenia.

CARACTERÍSTICAS	DELIRIUM	DEMÊNCIA	DEPRESSÃO	ESQUIZOFRENIA
Início	Agudo	Insidioso	Variável	Variável



Curso	Flutuante	Progressivo, com perdas cognitivas cumulativas	Episódios que se repetem, sem deterioração	Surtos com possível deterioração
Reversibilidade	Sim	Não	Sem prejuízo	Com prejuízos afetivos e de personalidade
Nível de consciência	Prejudicado	Claro	Claro	Claro pode haver perplexidade
Atenção / Memória	Desatenção marcante/ Memória ruim	Memória progressivamente pior, sem desatenção marcante	Atenção ruim,/ Memória pouco prejudicada.	Atenção ruim/ Memória pouco prejudicada.
Delírio	Efêmero, fragmentado	Paranoide, pouco elaborada	Congruente com o Humos	Frequente, pode ser elaborado

Elaborado pela autora com base nos dados coletados no DSM5 (2023).

O estudo destacou os principais fatores que colaboram para o adoecimento mental e conseqüentemente para a saúde mental do indivíduo, sendo elencados os seguintes: as condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de segurança pública, o estilo de vida adotado pelo mesmo, o contato direto e constante com a violência e cenas chocantes, como mortes violentas, fato que gera traumas e estresse constante. Ainda, as rápidas mudanças sociais, a alimentação inadequada, o comportamento individual e até a violação dos direitos individuais abdicados em função das suas atividades laborais.

Alusivo aos transtornos psicológicos elencados, o estudo apontou que as pessoas que estiveram envolvidas em episódios de violência urbana, guerra, agressão física, tortura, assalto, sequestro, acidentes, são mais propensas a desenvolver transtornos, sendo os policiais penais, predispostos a desenvolver moléstias psíquicas devido à rotina de trabalho.

O estudo chama a atenção para o fato de os profissionais de uma forma geral, acometidos de sofrimento psicológico e às vezes até orgânico, não buscam ajuda, por vergonha ou medo de repressão, deixando a evolução de doenças silenciosas, sendo uma concordância entre os autores o fato de as doenças psicológicas avançarem sem tratamento adequado.

Observou-se que as moléstias psicológicas são muitas vezes silenciosas e em muitos casos incapacitantes, carecendo de tratamento e acompanhamento psicológico, por profissionais competentes e habilitados, bem como de mudança de hábitos do paciente.

Como reflexo do adoecimento psicológico dos policiais penais, observou-se o advento de suicídios, sendo que os dados disponibilizados pelo poder público referente a esta questão, não permitem um diagnóstico exato sobre o problema. Por isso, (Thomas 2011) escreve que o suicídio policial está envolto em secretismo, ou seja, é comumente mantido oculto, em segredo.

Em resumo, COLETA (2008), lista os fatores que podem levar os policiais a cometerem suicídio: o alto nível de estresse do trabalho policial; o sentimento de impotência e frustração por resultados negativos de ocorrências atendidas; o acesso às armas de fogo; o abuso de álcool; e, por fim, a exposição constante à violência e a incidentes trágicos que podem conduzir a transtornos mentais graves como depressão, estresse pós-traumático, etc.

A chance de um policial cometer suicídio ou ser assassinado é muito maior do que a população em geral. Nesse sentido, Minayo, Souza e Constantino (2007) afirmam que a atividade policial se caracteriza por traumas de toda a ordem, lesões ou mortes que acontecem no enfrentamento da criminalidade e na manutenção da ordem.

O núcleo de atendimento tem como foco o cuidado à saúde biopsicossocial do policial penal e mantém projetos voltados para a saúde mental, com o intuito de seguir e avaliar como está a saúde psíquica, acompanhando as licenças para tratamento de saúde e de mesmo modo busca realizar ações preventivas, para melhorar as condições de vida dessa categoria.

Diante do exposto, o estudo aponta que o adoecimento psicológico é sim um risco silencioso enfrentado pelo profissional de segurança pública, que demanda por um olhar mais atencioso das autoridades competentes do estado de Roraima, para proporcionar meios de tratamento e apoio com vistas à saúde e mental dos servidores públicos da segurança do Estado de Roraima. Verificou-se que há muito a ser feito, uma vez que, como a própria pesquisa apontou, nem todos os policiais buscam ajuda e diante do exposto os trabalhos preventivos e as melhores condições

de trabalho são fatores que podem contribuir para manutenção da saúde psicossocial.

## **7. PRODUTO DA PESQUISA**



Governo do Estado de Roraima  
Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania  
"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"

**PROJETO DE CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E DA CIDADANIA - SEJUC.**

BOA VISTA-RR

2023

## **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

### **PROJETO DE CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DA SEJUC.**

Órgão/Instituição Responsável: Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (SEJUC).

Equipe:

- Coordenador Pedagógico do NPCCAP/RR
- Supervisora (O) do Projeto / Servidora (o) e Psicóloga (o)
- Psicóloga da Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUC)
- Estagiária Voluntária de Psicologia

## **APRESENTAÇÃO**

Este projeto constitui-se como uma prática inovadora dentro do serviço público, uma vez que é crescente a escassez de atendimento/acolhimento das pessoas que se encontram vulneráveis a vários transtornos psicológicos na Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado de Roraima (SEJUC).

O sofrimento psicológico acomete não apenas o Policial Penal, mas também sua família, e os terceiros que trabalham de maneira direta ou indireta com essa população. Dessa maneira, o projeto pretende, ao longo dos itens apresentados, abordar as possibilidades de atuação do psicólogo no atendimento Psicossocial juntamente a sejuc.

A atuação do psicólogo dentro sistema judiciário que na maioria das vezes se limitava em elaborações de laudos e pareceres, hoje é bastante abrangente, podendo assim ser colocada como presente e necessária em grande parte do âmbito judiciário. Assim, é possível que seja analisada a melhor forma de se intervir, a fim de se chegar ao resultado mais positivo, visando à prevenção e não se esquecendo da importância de atuar de maneira a garantir os Direitos Humanos.

Os trabalhos são realizados como um todo, onde são analisadas as demandas existentes e as melhores formas de intervenções, podendo ser realizados de forma individual e/ou grupal. Em relação a atuação do psicólogo junto aos trabalhadores que estão inseridos no sistema prisional, ou na administração indireta do sistema, cabe incentivar e promover o resgate da qualidade de vida daqueles que estão em adoecimento, uma vez que constatam-se precárias as condições de trabalhos bem como o risco e desgaste são inerentes a estes profissionais.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

- ✓ Promover a criação do Núcleo Psicológico no foro da Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUC) desenvolvendo projetos que englobam o apoio psicológico aos servidores inseridos nas unidades prisionais do Estado de Roraima - RR.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Executar Avaliação Psicológica nos Policiais Penais do Estado de Roraima.
- ✓ Propor uma intervenção psicossocial com vistas à qualidade de vida a partir da prevenção, proteção e promoção da saúde mental dos profissionais Policiais Penais e servidores da SEJUC do Estado de Roraima.
- ✓ Triagem dos policiais que estão disponíveis ou querem participar.

- ✓ Promover palestras ou roda de conversa/ terapia grupal no âmbito da Psicologia Organizacional para os servidores que estão ligados direta ou indiretamente à Secretaria de Justiça e Cidadania.

## **JUSTIFICATIVA**

A prática profissional do psicólogo no âmbito judicial proporciona que o mesmo avalie os Policiais Penais, visando à intervenção psicológica a fim de amenizar quaisquer indícios de psicopatologias existentes nesse contexto.

Os Policiais Penais no desenvolvimento de suas atividades, tornam-se vulneráveis a uma série de situações como: medo, estresse, violência, ameaças e condições de trabalho por vezes inadequadas. O exercício da profissão põe em risco não apenas sua integridade física, bem como sua saúde mental. Cabe ressaltar que o bem-estar do indivíduo é resultado da influência recíproca entre os fatores psicológicos, fisiológicos e sociais.

Por esta razão, discorreremos ao longo deste projeto as atividades que abarcam o Núcleo de Atendimento Psicológico que tem como público alvo os servidores que estão ligados direto ou indiretamente à SEJUC, do Estado de Roraima.

## **A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA OS POLICIAIS PENAI**

A avaliação psicológica é um procedimento clínico que envolve um corpo organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação tanto da personalidade como de outras funções cognitivas, tais como: entrevista e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica. A escolha das estratégias e dos instrumentos empregados é feita sempre de acordo com o referencial teórico, o objetivo (clínico, profissional, educacional, forense etc.) e a finalidade (diagnóstico, indicação de tratamento e/ou prevenção) (OCAMPO et al., 2005; ARZENO, 2003; TRINCA, 1984 *apud* ARAÚJO, 2007).

Além disso, é compreendida como um amplo processo de investigação, no qual se conhece o avaliado e sua demanda, com o intuito de programar a tomada de decisão mais apropriada do psicólogo (CRP-PB, s/d).

A avaliação psicológica, na sua vertente prática, tem três grandes fases: os procedimentos, os processos, e o uso dos resultados. O processo de avaliação psicológica é capaz de prover informações importantes para o desenvolvimento de hipóteses, por parte dos psicólogos, que levem à compreensão das características psicológicas da pessoa ou de um grupo. Essas características podem se referir à forma como as pessoas desempenharão uma dada atividade, à qualidade das interações interpessoais que elas apresentam etc. (CFP, 2007).

Centurião (1990) apud Santos (2007) afirma que o Policial Penal, “está em íntimo contato com os detentos”, e que tendo em vista as características de sua função, mesmo que quisesse, não poderia se afastar desses enquanto está em seu período de plantão. O mesmo é todo tempo “solicitado e procurado” pelos presos, e mesmo durante a noite, deve estar em vigilância permanente a fim de detectar qualquer alteração que possa acontecer, ou seja, o trabalho é contínuo e intenso.

Lourenço (2010) apud Tschiedel e Monteiro (2013), afirma que o AGP, ao ingressar em um presídio mesmo que por turnos determinados, fica isolado de seu convívio social. O contato com familiares é restrito durante os turnos de trabalho e mesmo os telefonemas só podem ser feitos em caráter emergencial e por pouco tempo. Quando acontece algum incidente e o agente tem de permanecer com a escolta de um preso, nem sempre a hora de saída dos turnos é respeitada.

Lopes (2002) apud Tschiedel e Monteiro (2013) destaca que é atribuído aos AGPs a execução de práticas de violência contra os sentenciados, práticas de corrupção e extorsão, além da responsabilização por fugas e motins. Essas são algumas dimensões da impregnação da identidade dos AGPs com caracteres de valoração social pejorativa. Há ainda o receio dos trabalhadores em exporem sua identidade profissional e tornarem-se objeto de violência.

Demo (2005) apud Santos (2007) alerta para a urgência em haver nas organizações profissionais uma “responsabilidade compartilhada” que auxilie na promoção do bem-estar dos funcionários, haja vista os crescentes problemas que se relacionam com a saúde no trabalho, como alcoolismo, estresse e burnout e demais



doenças emocionais. A exigência que a função de AGP impõe aos trabalhadores, sem a contrapartida de um apoio ou de condições de trabalho favoráveis, gera situações que podem levar esses trabalhadores ao sofrimento psíquico.

A categoria de profissionais representada pelos AGPs traz ainda a carga de preconceitos tanto em relação à sociedade, pelos equívocos e desconhecimento das reais atribuições desses servidores, como pelo próprio AGP muito embora, deve se aqui relativizar a categoria (SANTOS, 2007).

Diante dos fatos expostos, Rumin (2006) *apud* Tschiedel e Monteiro (2013) destaca que a saúde mental do AGP tem despertado preocupação, pois o presídio é um ambiente estressante onde ocorrem vários casos de afastamento do trabalho por decorrência de desgaste emocional ou de outros fatores relacionados. Essas condições podem acarretar danos à saúde do trabalhador e é um dos fatores que podem desencadear prejuízos psicossociais em funcionários que desempenham as funções de vigilância, custódia e disciplina dos apenados. Na análise das condições de trabalho desse grupo, foram identificados riscos de violência, precariedade nas condições de trabalho, riscos biológicos, entre outros.

## **ACOMPANHAMENTO PSICOTERÁPICOS DOS POLICIAIS PENAIS QUE APRESENTAM COMPROMETIMENTO PSICOSSOCIAL.**

A profissão Policial Penal é bastante antiga, foram várias as denominações já existentes no decorrer dos anos, como carrascos, carcereiros, guarda de presídio, entre outras. De acordo com Lopes (2000), independente da fase histórica, os Policiais Penais estão sempre ligados a situações de “exclusão, vigilância, fiscalização, humilhação, agressão, e tortura [...] utilizados regularmente com a finalidade de aplicar o castigo considerado justo, punir o desvio, promover a adequação e manter uma determinada ordem social” (LOPES, 2000, p. 330).

Segundo Lopes (2000), as prisões são vistas pelos Policiais Penais como sendo pertencentes a um outro mundo, caracterizado por ser um lugar pesado, cheio de ameaças, em que as pessoas em cumprimento de pena privativa de liberdade são o perigo maior. Eles denominam os indivíduos encarcerados como “[...] seres de

outra espécie dotada apenas de qualidades negativas” (LOPES, 2000, p. 330). Para solucionar problemas gerados dentro do sistema pelas pessoas em cumprimento de pena privativa de liberdade, os agentes usam de humilhação verbal até tortura, guiados pela precipitação, pelo preconceito, por falta de orientação e até mesmo por pura vingança.

O mesmo autor cita que de acordo com o ambiente de trabalho que se encontra a instituição prisional fica difícil a atuação do agente de forma saudável, não havendo condições de desenvolvimento para isso.

Se considerarmos que o ambiente de trabalho e a relação que o trabalhador mantém com ele é parte da identidade do equilíbrio psíquico daqueles que trabalham, é possível imaginar qual a realidade de saúde dos agentes de segurança em ambientes como prisões (LOPES, 2000, p. 331).

Podemos então colocar o trabalho do Policial Penal como árduo, difícil e gerador de stress. Segundo dados de uma pesquisa realizada por Rocha (2000), a maioria dos AGPs apresentam grau elevado de stress, onde os sintomas principais são irritação, estado de tensão, sugerindo em parte a causa dos atos violentos realizados dentro do sistema prisional. Porém nada justifica tal violência.

Lopes (2000) também concorda quando coloca que a dinâmica do trabalho dentro do sistema prisional “agentes/sentenciados/prisões” acaba resultando em muito stress e se manifestando na maioria das vezes por meio da violência. “Parecem ter a função de baixar os níveis de tensão na prática cotidiana”. E quando a violência não está direcionada às pessoas em cumprimento de pena privativa de liberdade estão voltadas para o próprio agente, que acaba adoecendo e tendo que se afastar do trabalho.

Portanto, é visível a necessidade de um trabalho dos psicólogos junto aos AGPs. Segundo Lopes (2000, p.332) os próprios agentes reclamam da falta de atendimentos referentes a eles. “Os agentes se sentem menosprezados em relação aos sentenciados, no entendimento deles seria o mesmo que dizer que aqueles que cometem crimes merecem mais respeito do que aqueles que trabalham na prisão”.

Em algumas penitenciárias brasileiras isso já ocorre, de acordo com o CFP (2009), os psicólogos que atuam dentro do sistema prisional oferecem aos

funcionários do presídio atenção psicológica, realizando orientações, avaliações, entrevistas e se necessário fazem o encaminhamento aos serviços especializados. Além dos atendimentos individuais, podem ser realizados trabalhos em grupo, com palestras, debates entre outros. Como todo trabalho em grupo, os temas trabalhados podem ser diversos e a escolha do mesmo surge de acordo com as demandas dos participantes (CFP, 2009).

“Foi apontado como tarefa do (a) profissional psicólogo (a), o compromisso de melhorar as condições de vida do presídio, bem como transformar a cultura institucional e garantir os direitos das pessoas presas” (CFP, 2009, p. 24).

De acordo com Jesus (2001) a psicologia é totalmente capaz de realizar um ótimo trabalho dentro do sistema prisional, seu saber é de suma importância e visivelmente necessário para atender às diversas demandas existentes dentro do sistema prisional. Käes (1991) ao discutir o sofrimento nas instituições propõe conceitos para explicar formações psíquicas inerentes ao vínculo institucional. O autor destaca os riscos psíquicos consequentes da relação com a instituição em razão da singularidade dos afetos não ser reconhecida pelo grupo.

Para Kaës (1991), o sofrimento, resultante da relação com a instituição, "nos precede, nos determina e nos inscreve nas suas malhas e nos seus discursos" (p.20). A instituição constitui um "sistema de vínculos do qual o sujeito é parte interessada e parte integrante" (p.21).

Para se entender uma instituição, Käes (1991) destaca que uma das suas funções capitais é:

fornecer representações comuns e matrizes identificadoras: dar um "status" às relações da parte e do conjunto, unir os estados não integrados, propor objetos de pensamento que tenham um sentido para os indivíduos aos quais é destinada a representação e que gerem pensamentos sobre o passado, o presente e o futuro; indicar os limites e as transgressões, assegurar a identidade, dramatizar os movimentos pulsionais (p.21).

Muitos Policiais Penais, de acordo com Lopes (2002), apresentam com o tempo, alterações comportamentais que os levam ao uso do álcool, psicoativos

(antidepressivos e ansiolíticos); outros se tornam delinquentes indicando a tenuidade que separa uma conduta criminal da não criminal.

Os trabalhadores, conforme esclarece Rumin (2006), sofrem devido às ansiedades produzidas pelo próprio ambiente e forma de trabalho; pelo temor de serem acometidos pela violência; pela impregnação da identidade por aspectos pejorativos relacionados à violência. Ainda destaca-se a ocorrência de afecções psicossomáticas e vivências paranoides decorrentes do temor de serem hostilizados pelos sentenciados.

De acordo com a proposição de Lopes (2002) e em virtude do adoecimento, Rumin (2006) propõe a organização de um serviço de saúde mental dirigido a essa categoria de trabalhadores. O espaço proposto pelo autor busca oferecer acolhimento e escuta a questões relacionadas às práticas inerentes a estes profissionais, que geram sofrimentos e angústias. Esse modelo consiste em plantões diários em Psicologia onde é possível problematizar as circunstâncias que permeiam o trabalho e expressar os componentes conflituosos gerados no encontro com a instituição e a comunidade.

### **MEDIDAS DE INTERVENÇÃO QUE VISAM À SAÚDE MENTAL DOS POLICIAIS PENAIS NOS SISTEMAS PRISIONAIS DE BOA VISTA-RR:**

O sofrimento psíquico é considerado, por vezes, deslocado da dinâmica institucional. Assim, não há o reconhecimento do nexos causal do agravo à saúde mental com o trabalho. O sofrimento psíquico é tratado como uma ocorrência individual onde "a necessidade de enquadramento da queixa em uma classificação psicopatológica constituída em termos de sintomas e sinais acaba por encobrir o sujeito e seu sofrimento, alienando-o do seu processo de adoecimento" (JACQUES, 2007 p.117).

Já o grupo de acolhimento está articulado ao sofrimento institucional, entretanto, o acolhimento é realizado pelos próprios funcionários da unidade prisional. Por isso, se torna fonte de constrangimento em razão de dinâmicas anteriores de conflito entre os integrantes institucionais e fomenta a

persecutoriedade, síndrome caracterizada pela convicção patológica de ser alvo de perseguição sobre o uso do conteúdo discursivo apresentado nas relações institucionais. Assim, delineiam-se as dificuldades de concepção de um modelo de atenção em saúde mental que se adapte à demanda dos trabalhadores do sistema prisional.

Dessa maneira propomos realizar as seguintes atividades para os AGPs:

- ✓ Propor uma intervenção psicossocial com vistas à qualidade de vida a partir da prevenção, proteção e promoção da saúde mental dos profissionais Policiais Penais e servidores da SEJUC do Estado de Roraima.
- ✓ Promover palestras; Roda de conversa, terapia grupal no âmbito da Psicologia Organizacional para os servidores que estão ligados direta ou indiretamente à Secretaria de Justiça e Cidadania.
- ✓ Avaliar e diagnosticar os Policiais Penais que sofrem de transtornos psicológicos: graves, moderados e leves.
- ✓ Prestar atendimento psicológico urgente aos Policiais Penais que apresentam transtornos psicológicos graves e moderados;
- ✓ Orientar e encaminhar os Policiais Penais que apresentam transtornos psicológicos leves.

## **PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL.**

Para motivar as pessoas a realizar tarefas deve-se apresentar a importância da tarefa para o sujeito/organização, acompanhar, incentivar, reforçar o comportamento, estabelecer etapas, elogiar. Para motivar o colaborador da organização, além das motivações citadas, o trabalho deve ser analisado para melhoria contínua, os servidores devem ser contratados de acordo com as características específicas do cargo e treinados para a sua tarefa, descobrir as características pessoais importantes, recompensar os servidores por sua produtividade (TONELLI, 2000).

O comportamento é um ato movido por estímulos externos e internos. O comportamento organizacional é trabalhado nas organizações, por psicólogos, através de dinâmica da organização, análise das relações interpessoais e atitudes no trabalho, desenvolvimento de habilidades e competências entre outros métodos. Todavia, para desencadear tais comportamentos, para que sejam trabalhados nas organizações, antes é preciso desenvolver o comportamento motivacional (MASLOW, 1975).

Segundo Maslow (1975) o comportamento motivacional é explicado pelas necessidades humanas. Para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, seja decorrente do externo ou proveniente do organismo. Quando este comportamento não é estimulado e não se realiza o indivíduo frustra-se assumindo várias atitudes, dentre elas passividade/agressividade.

É importante frisar que estas atitudes são situacionais e individuais, ou seja, podem modificar de acordo com as situações que o ambiente apresenta e de pessoa para pessoa. No entanto, são atitudes padronizadas, que tendem a acontecer influenciadas por aspectos da personalidade e do controle sobre as emoções.

A motivação é um dos principais princípios da vida, é ela quem determina o comportamento para realizar qualquer tipo de atividade. A motivação pode ser extrínseca, quando são de fatores externos, como prêmio e dinheiro, por exemplo, e pode ser intrínseca, quando vem de dentro, temos prazer na atividade (MASLOW, 1975).

A psicologia organizacional estuda a dinâmica organizacional: organização, grupo e indivíduo. Como diz Chiavenato (2007, p. 211) “A psicologia organizacional, consiste no planejamento, organização, desenvolvimento, coordenação e controle de técnicas capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal”, dito de uma forma específica, trabalham com assuntos referentes a saúde mental, assédio moral, qualidade de vida, responsabilidade social, estresse entre outros.

O ser humano está sempre em busca de melhorias para a sua vida, ele vive numa busca contínua de suprir as suas necessidades. Nesse sentido, quando uma necessidade é suprida, logo aparece outro em seu lugar. Quando as necessidades não são cumpridas gera sentimento de frustração, agressividade, desinteresse, baixo autoestima, nervosismo e outros (KOLLER, 2008).

## **ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO SERVIÇO PÚBLICO (ÂMBITO ORGANIZACIONAL).**

A organização deve motivar o colaborador proporcionando-o desenvolvimento de suas habilidades e competências para que este possa ter oportunidade de alcançar o sucesso na área profissional e pessoal. Cabem aos gestores, psicólogos da empresa intermediar entre desejos dos servidores e as exigências da organização.

Para que o colaborador se sinta bem na organização é importante que goste dela, do ambiente de trabalho, da atividade que realizam e que tenham uma boa relação com seu gestor. A organização deve investir no trabalhador como fator humano, na sua qualidade de vida no trabalho a fim de obter bons resultados (LANZARINI, 2010). Sabemos da importância de termos nas organizações, profissionais qualificados com as competências, ou seja, os conhecimentos, habilidades e atitudes que atendam as expectativas de cada setor/função (SILVA, 2011).

Para Lanzarini (2010), a Psicologia, através da consultoria/palestras, acredita e desta forma, coloca seu conhecimento e experiência para ajudar as organizações nesta tarefa, avaliando a necessidade da organização ou instituição em relação à gestão de pessoas, dificuldades e clima organizacional. Dessa maneira, proponhamos no âmbito deste projeto, corroborar com palestras de temas transversais que visam o treinamento/informação e capacitação de curta duração com objetivos específicos e focados. Portanto, serão apresentados os temas e suas finalidades, alcançando os servidores públicos que exercem suas funções na SEJUC.

## **SUGESTÃO DE TEMÁTICAS PARA CICLO DE PALESTRAS PARA OS SERVIDORES.**

<b>TEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA</b>

Gerenciamento e Controle de Estresse	Apresentar estratégias que visam controlar e gerenciar os níveis de estresse dos AGPs.	O estresse é a forma física e emocional como o corpo reage à pressão. Pode ser caracterizado por sensação de medo, desconforto, preocupação, irritação, frustração dentre outros sintomas.	XX/ XX/XX
Qualidade no Atendimento ao Público, Ética, Boas Maneiras, Conduta e Postura no Trabalho.	Elaborar propostas de Qualidade no atendimento ao público em geral. Nortear os princípios éticos, conduta e postura no serviço público.	O atendimento ao público corresponde ao ato de cuidar, de prestar atenção às pessoas que recebemos e que prestamos alguma informação. A ética é ideal para a conduta humana, pois a evolução de seus princípios deu-se juntamente com o processo evolutivo da humanidade, e orienta o ser humano sobre o que é bom e correto e o que deveria assumir, orientando sua vida em relação a seus semelhantes, visando o bem comum. As regras de boas maneiras e bons comportamentos dentro das relações sociais valem para situações com a família e também nos relacionamentos profissionais. Nesse caso, as regras de boas condutas se tornam substanciais para quem deseja manter um ambiente harmonioso e de respeito ao próximo. A conduta no ambiente de trabalho é fator de grande importância para o sucesso ou o fracasso de uma carreira, e há alguns fatores reconhecidamente negativos para ser ter em mente durante a busca por um posicionamento no ambiente organizacional, esta conduta é primordial para atingir níveis maiores de responsabilidades. A postura no ambiente organizacional deve ser avaliado de maneira adequada, pois envolve diversos fatores, que vão desde	XX/ XX/XX



		maneira como o indivíduo se comporta até o jeito que realiza suas tarefas profissionais.	
Palestras Motivacionais Autoconhecimento	Elaborar estratégias que visam à motivação no trabalho dos servidores.  Utilizar atividades que promove autoconhecimento, como técnicas: Meditação e exercícios laborais etc.	As palestras motivacionais estão cada vez mais compondo a grade de eventos corporativos. Como quebram o clima pesado do expediente, são ótimas estratégias para apresentar planos, metas e objetivos da organização e motivar os colaboradores.	XX/ XX/XX
Qualidade De Vida	Propor medidas e conscientizar os servidores sobre a importância de manter o equilíbrio no âmbito da qualidade de vida.	A qualidade de vida indica o nível das condições básicas e suplementares do ser humano. Estas condições envolvem desde o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional e espiritual. Nesse sentido, podemos afirmar que a qualidade de vida é definida como a satisfação do indivíduo no que diz respeito a sua vida cotidiana.	XX/ XX/XX
Saúde Mental Do Trabalhador	Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida cognitiva e emocional do trabalhador, seus riscos e, vantagens na rápida identificação.	Na área de saúde do trabalhador, as ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho devem ser contínuas. As realizações em prol da saúde do trabalhador visam principalmente reduzir as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e proporcionar melhor qualidade de vida aos colaboradores.	XX/ XX/XX

		De acordo com a organização mundial da saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.	
Clima e Cultura Organizacional	Apresentar estratégias que possam auxiliar o servidor a sentir-se num ambiente satisfatório.	Analisa e planeja e intervenção em focos de conflitos internos devido a diferenças de personalidades, grupos étnicos, preferências sexuais, gênero, idade, religião, entre outros, através de pesquisas do clima interno e da cultura organizacional.	XX/ XX/XX
Como se Relacionar no Trabalho	Desenvolver propostas que visam manter o relacionamento profissional exitoso.	O relacionamento humano não tem uma fórmula ideal. Cada pessoa tem uma reação totalmente diferente com relação aos mais diversos assuntos. Mas, é preciso chegar a um ponto comum: manter uma boa convivência. Afinal, na maioria dos casos, passamos em média um terço de nossa vida diária no trabalho.	XX/ XX/XX
Criatividade, Percepção e Concentração	Apresentar estratégias que possam despertar a criatividade, percepção e concentração dos servidores públicos.	A criatividade é considerada uma capacidade humana de grande valor universal, tudo indica que nesta competência reside a memória biológica para o impulso da evolução humana. A criatividade precisa ser estimulada por fatores externos e internos e cada indivíduo apresenta seu próprio perfil criativo distinto. A percepção é a organização e interpretação mental das sensações, através dos recursos mentais. A percepção mostra o que estamos pensando, sentindo,	

		pretendendo ou fazendo. É algo que pode ser mantido o tempo todo e podemos nos esforçar para desenvolver, mesmo quando estamos executando nossas atividades diárias. A concentração é um processo psíquico que consiste em centrar voluntariamente toda a atenção da mente sobre um objetivo, objeto ou atividade que se está fazendo ou pensando em fazer, deixando de lado toda série de fatores externos que podem ser capazes de interferir com a realização ou atenção.	XX/ XX/XX
Como Administrar as Emoções	Elaborar e discutir. Mecanismos que visam o servidor a manter e controlar suas emoções. Enfatizar a importância da psicoterapia contínua para o gerenciamento das emoções.	As emoções podem por vezes iniciar-se muito rapidamente, de fato rapidamente que não tomamos consciência que nossa mente e corpo desencadearam uma emoção em um determinado momento particular. No que tange a construção das relações no trabalho, é fundamental manter uma relação saudável com os colegas de profissão, já que nosso ambiente de trabalho pode ser considerado nosso segundo lar, pois é o lugar onde passamos maior parte do tempo.	XX/ XX/XX

## METODOLOGIA

Para melhor desenvolvimento desta pesquisa, optamos pela pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam a temática do trabalho científico. Essa revisão é o que chamamos de levantamento

bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigos de jornais, sites da Internet entre outras fontes.

A revisão de literatura tem vários objetivos, entre os quais citamos: a) proporcionar um aprendizado sobre uma determinada área do conhecimento; b) facilitar a identificação e seleção dos métodos e técnicas a serem utilizados pelo pesquisador; c) oferecer subsídios para a redação da introdução e revisão da literatura e redação da discussão do trabalho científico.

Gil (1999) discorre que:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. (GIL, 1999, p. 65).

Para poder enriquecer as informações, procedeu-se à leitura de todo tipo de documentos que tivessem informação precisa sobre o tema como também a que se relacionam de maneira direta com a temática.

Para tanto, a criação do Núcleo de Atendimento Psicológico será implantada na sede da Secretaria da Justiça e Cidadania (SEJUC), localizada na Av. Getúlio Vargas nº 8120, Bairro São Vicente, Boa Vista-RR e terão como base para os seguintes procedimentos:

- Avaliação Psicológica

A avaliação será feita através de entrevistas e aplicação de teste psicológico de personalidade;

Escuta qualificada para identificação das necessidades;

Investigação de possíveis patologias no aparelho psíquico do indivíduo com a finalidade de prestar um serviço qualificado a este paciente.

- Atendimento Psicológico

- ✓ Dimensão Acolhimento:

Acolher o paciente Policial Penal criando um ambiente de confiança, responsabilizando-se pela integralidade do cuidado, favorecendo o vínculo e a avaliação do possível transtorno psicológico, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade do atendimento psicológico.

Dar encaminhamento resolutivo, inclusive, articulando com outros pontos de atenção;

✓ Dimensão Orientação:

Criar ambiente propício para confiança e diálogo de forma a criar vínculos e adesão ao tratamento;

Instrumentalizar o paciente policial penal com informações que contribuam em suas decisões: adesão do tratamento, aspectos gerais e específicos dos transtornos psicológicos;

Contribuir para Avaliação de risco e vulnerabilidade;

Comunicar resultado: Aspectos essenciais dos resultados da avaliação psicológica.

## RECURSOS

### MATERIAIS

- ✓ Teste psicológico BFP bateria fatorial de personalidade, HTP Teste Projetivo, Teste psicológico de Habilidades Sociais (Del Prette), Inventário de Sintomas de Estresse (ISSL).
- ✓ Kit contendo o manual.
- ✓ Folhas de aplicação.
- ✓ 04 Resmas de papel.
- ✓ 01 Caixa de canetas.
- ✓ 01 Caixa de lápis.
- ✓ Um computador com impressora e acesso à internet.

## ESTRUTURA FÍSICA

- ✓ salas amplas (preferência de paredes com tons claros), iluminação adequada e climatizada.
- ✓ Cadeiras e mesas.

## HUMANOS

- ✓ Dois Psicólogos (a)
- ✓ Estagiários de Psicologia (01).

## CRONOGRAMA

ATIVIDADES ANUAL								
Meses								

## ORÇAMENTO

Item	Descrição	Valor TOTAL
01	Caixa de caneta BIC	(a orçar).
01	Caixa de lápis.	(a orçar).
300	Pastas para arquivo.	(a orçar).
01	Kit do Teste psicológico Bateria Fatorial de Personalidade.	(a orçar).

290	Folhas de aplicação do teste Bateria Fatorial de Personalidade.	(a orçar).
01	Kit do Teste psicológico de Habilidades Sociais (Del Prette).	(a orçar).
290	Folhas de aplicação do teste de Habilidades Sociais (Del Prette).	(a orçar).
01	Kit do Inventário de Sintomas de Estresse (ISSL).	(a orçar).
290	Folhas de aplicação do Inventário de Sintomas de Estresse (ISSL).	(a orçar).
01	Kit do HTP Teste Projetivo	(a orçar).
290	Folhas de aplicação do HTP Teste Projetivo	(a orçar).
04	Mesas de Escritório.	(a orçar).
08	Cadeiras de Escritório.	(a orçar).
04	Resmas de papel	(a orçar).
01	Computador	(a orçar).
01	Impressora	(a orçar).
04	Pintura, iluminação e climatização de 04 salas.	(a orçar).
01	Arquivo	(a orçar).
01	Bebedouro	(a orçar).

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria de Fátima. **Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica** (2007). Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516\\_36872007000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516_36872007000200008)>, acesso em 09 de agosto de 2022.

BRASIL. **Lei n. 7210**, de 11 de junho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 1984.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. 1988.

CFP (Conselho Federal de Psicologia). **Cartilha Sobre Avaliação Psicológica** (2007). Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Cartilha-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf>>, acesso em 14 de outubro de 2022.

CRP-PB (Conselho Regional de Psicologia – Paraíba) **Avaliação Psicológica**. Disponível em: <<http://www.crp13.org.br/regulacao-da-profissao/avaliacao-psicologica/>>, acesso em 06 de jun de 2022.

CONSELHO Federal de Psicologia (CFP). **Resolução nº 007/2003**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 013, de 14 de setembro de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática profissional dos(as) psicólogos (as) no Sistema Prisional**. Brasília, 2009.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. Edição compactada. São Paulo: Atlas, 1983.

ELLS, R. **Subjetividade psicopática**. Oxford: Oxford University Press. 2005

FERNANDES, R. C. P.; Silvany Neto, A. M.; Sena, G. M.; Leal, A. S.; Carneiro, C. A. P.; Costa, F. P. M. **Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da região metropolitana de Salvador, Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, n. 3, p. 807-816. 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas na pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUATTARI, F. (1992/2000). Heterogênesse. In F. Guattari (Org.), **Caosmose: um novo paradigma estético** (pp. 11-95). São Paulo: Editora 34.



HARE RH. **Without conscience: the disturbing world of psychopaths among us.** New York: Pocket Books. 2005.

HUNGARO, Demilson Franco Jr. **A importância da comissão técnica de classificação para a execução da pena.** Disponível em: <<http://m.monografias.brasilecola.uol.com.br>>, acesso em 13 de jul de 2022.

HOUAISS, A. **Ressocialização na área penal.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

JACQUES, M. G. **O nexó causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia.** Psicologia & Sociedade, v.19, supl. 1, p.112-119. 2007.

JESUS, Fernando. **Psicologia Aplicada à Justiça.** Goiânia: AB, 2001.

KÄES, R. **Realidade psíquica e sofrimento nas instituições.** In Käes, R.; Bleger, J.; Enriquez, E. Fornari, F.; Fustier, P.; Roussillon, R. et al. A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos (pp.19-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.1991.

KOLLER, Sílvia Helena. **Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil: Desenvolvimento Científico e Contemporâneo.** Rio Grande do Sul, 2008.

LANZARINI, Eliani Inês. **Psicologia Organizacional - Áreas de Atuação dos Associados.** São Paulo. 2010.

LAGO, A. **Trabalho do psicólogo dentro das instituições prisionais.** Brasília, 2009.

LOPES, R. (2002). **O cotidiano da violência: o trabalho do agente de segurança penitenciária nas instituições prisionais.** Psicologia para a América Latina, n.0, p.1-8.

LOPES, Rosalice. O trabalho do agente de segurança penitenciária nas instituições prisionais. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA JURÍDICA, 3., 2000, São Paulo. **Anais.** São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2000.

MASLOW, A.H. **Uma teoria da motivação humana.** In BALCÃO, Y.F; CORDEIRO, L.L. O comportamento na empresa – uma antologia. Rio de Janeiro: FGV – Instituto de Documentação, 1975.

MORANA H, Câmara. FP, Arboleda-Flórez J. **Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: differentiation of two patterns of criminal profiles.** *Forensic Sci Int.* In press. 2005.

MORANA H.C.P. **Escala Hare - PCL-R.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

MONTEIRO, Janine Kieling. **Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária** (2013). Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/J\\_MONTEIRO/publication/260774566\\_Pleasure\\_and\\_suffering\\_in\\_the\\_work\\_of\\_penitentiary\\_officers/links/0a85e539a0d1a01601000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/J_MONTEIRO/publication/260774566_Pleasure_and_suffering_in_the_work_of_penitentiary_officers/links/0a85e539a0d1a01601000000.pdf)>, acesso em 07 de jun de 2022.

MOLINEUX, M. WHITEFORD, G. **Prisons: From occupational deprivation to occupational enrichment.** *Journal of Occupational Science*, Melbourne, v.6, n.3, p. 124-130, 1999.

NERY Junior, Nelson. NERY, Rosa Maria de Andrade. **Código de processo civil comentado e legislação extravagante.** 9 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

PICCHETTO, Adriane Machado; MORONA, Valéria Cristina. **Manual de Avaliação Psicológica,** 2007. Disponível em: <<http://www.portal.crppr.org.br/download/165.pdf>>, acesso em 06 de jun de 2022.

PELLINI, Maria Cristina Barros Maciel. **Relatório do evento avaliação psicológica para o registro e o porte de arma: questões legais, técnicas e éticas.** São Paulo. 2007. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/portal/conselho/comissoes/ver\\_noticias.aspx?id=68](http://www.crpsp.org.br/portal/conselho/comissoes/ver_noticias.aspx?id=68)> Acesso: 23/05/2022.

RIBEIRO, José Luiz Pais. **Medida na avaliação psicológica,** 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000100016](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100016)>, acesso em 07 de jun de 2022.

ROCHA, Eduardo Virgilio. Stress em agentes penitenciários. In: **CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA JURÍDICA,** 3., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2000.

RUMIN, C. R. (2006). **Sufrimento na vigilância prisional: o trabalho e a atenção em saúde mental**. Psicologia, Ciência e Profissão, v. 26, n. 4, 570-581.

SANTOS, José Roberto Rodrigues. **O fenômeno da prisionização em agentes penitenciários do estado do Paraná** (2007). Disponível em: < <http://doczz.com.br/doc/719356/o-fen%C3%B4meno-da-prisioniza%C3%A7%C3%A3o-em-agentespenitenci%C3%A1rios>>. Acesso em: 07 de jun de 2022.

SILVA, José Carlos. **Psicologia Organizacional com Ênfase em Recursos Humanos**. São Paulo, 12 Setembro 2011. Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-organizacional/psicologia-organizacional-com-enfase-em-recursos-humanos> Acesso em: 16 marc. 2022.

SILVA, Fábio Costa Moraes de Sá e; et al. **Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro**. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. Conselho Federal de Psicologia – CFP. Brasília, 2007.

TONELLI, Maria José. Produção acadêmica em recursos humanos no Brasil: 1991-2000. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: jan.2003. Nº 43, p. 105-122.

TSCHIDEL, Rubia Minuzzi; MONTEIRO, Janine Kieling. **Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária** (2013). Disponível em: < [https://www.researchgate.net/profile/J\\_MONTEIRO/publication/260774566\\_Pleasure\\_and\\_suffering\\_in\\_the\\_work\\_of\\_penitentiary\\_officers/links/0a85e539a0d1a01601000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/J_MONTEIRO/publication/260774566_Pleasure_and_suffering_in_the_work_of_penitentiary_officers/links/0a85e539a0d1a01601000000.pdf)>, acesso em 22 de jun de 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA. **Projeto João de Barro**. Campos Paricarana (2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Carta Magna prevê que a segurança pública é um dever do Estado, assim como direito e responsabilidade de todos, necessitando de uma visão sistemática para a sua consecução, mediante a eficiência dos órgãos oficiais e participação social, tanto da sociedade civil organizada quanto do cidadão individualmente.

É imprescindível a discussão e ações práticas, mudanças legislativas, investimentos em inovações tecnológicas que possam melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho do policial.

Alguns passos importantes foram dados a partir da criação do SUSP em 2018, mas ainda ações mais efetivas são necessárias. É preciso que haja, no âmbito das instituições de segurança pública, melhores condições de trabalho, com logística e recursos humanos suficientes, treinamentos constantes, melhoria salarial, bem como um tratamento de valorização dos militares perante a instituição e a sociedade.

Por meio do levantamento de dados realizado, confirma-se que o trabalho do policial penal por si só apresenta elementos que interferem negativamente na qualidade de vida do mesmo, que o adoecimento mental é muito presente frente aos desafios impostos pela realidade diária.

Sobre a temática relacionada aos policiais penais, poucos foram os dados públicos encontrados, mostrando um campo a ser explorado, pois com conhecimento da atual realidade poderão ser propostas melhorias e sugeridas novas políticas públicas, que demandam, principalmente, de atualização legislativa e mudanças organizacionais, caminhando em direção a uma segurança pública eficiente e que responda aos anseios das comunidades.

As condições para o exercício profissional na área da Psicologia na segurança pública, perpassam por diferentes dificuldades, o psicólogo muitas vezes fica vulnerável às necessidades imediatas da instituição, que nem sempre coincidem com sua atribuição. Ademais, as contratações muitas vezes são temporárias por meio de seletivos ou cargos de confiança gerando instabilidade na continuidade dos trabalhos, Quando se cria uma lei para tratar do bem-estar mental desses trabalhadores, é realizada uma prevenção desses transtornos. Além disso, é

necessária uma campanha constante sobre o assunto. Com foco nessa fragilidade tem-se como proposta de produto final o projeto de criação do Núcleo de Atendimento Psicológico para a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto**. 2008. Disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f60\\_f69.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f60_f69.htm) Acesso: janeiro 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 104, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2019. Altera o inciso XIV do caput do art. 21, o § 4º do art. 32 e o art. 144 da Constituição Federal, para criar as polícias penais federal, estaduais e distrital**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc104.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc104.htm) Acesso em: out. 2022

BRASIL. Instrução Normativa MJ nº 1 de 26/02/2010 - **Institui o Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários**. Disponível em: [https://www.normasbrasil.com.br/norma/instrucao-normativa-1-2010\\_77885.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/instrucao-normativa-1-2010_77885.html). Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Pesquisa Perfil das Instituições de Segurança Pública de 2019**. Brasília:2020. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/analise-e-pesquisa/estudos-e-pesquisas/pesquisas-perfil-da-instituicoes-de-seguranca-publica> Acesso em: maio. 2021.

BRASIL. PORTARIA N.1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. **Estabelece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: 2012. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=221270>. Acesso em: maio de 2022.

BRASIL. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em maio de 2022.

BRASIL. PORTARIA SENASP nº 14 de 24/05/2010 - **Aprova o Regimento Interno da Rede de Qualidade de Vida para os Profissionais da Área de Segurança Pública**. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=221270>. Acesso em: maio de 2022.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Depressão: dicas de saúde. Biblioteca Virtual da Saúde**, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/76depressao.html>  
Acesso: janeiro. 2022.

ANDERSON, K. L.; BURCKHARDT, C. S. **Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research.** Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 29, n. 2, p. 298-306, 1999.

ANDRADE, S.M. **Qualidade de vida no trabalho: proposta de um modelo integrador do BPSO com justiça organizacional para o bem-estar dos servidores públicos.** Tese (Doutorado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, 2016.

ANDREATINIR, Boerngen RL,Zorzetto DF. **Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras.** Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo; 2001.

ALMEIDA, Pauline Frank de. **Síndrome de Burnout em policiais militares.**2007. Disponível em: <file:///E:/PSICOLOGIA%20ADOECIMENTO/Conex%C3%A3o%20Ci%C3%AAncia%1820%20S%C3%Adndrome%20de%20Burnout%20em%20policiais%20militares%20-%20JornalExpress%20-%20www.jex.com.br.html>. Acesso em: maio. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO ÁC, Lotufo Neto F. **A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5.** Rev Bras Ter Comport Cogn. 2014;16:67-82.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco.** Tradução: Pietro Nassetti. São Paulo: MartinClaret, 2008.

ASBAHR. Fernando. R. **Transtornos de ansiedade. Jornal de Pediatria.** Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/jped/a/pqwnF9Bd83TVpKVYWNDwY4C/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em : abril de 2022.

BALESTRERI, R. B. **Direitos Humanos: Coisa de Polícia.** Passo Fundo-RS: CAPEC, Paster, 1998.

BAPTISTA, M. N.; MORAIS, P. R.; CARMO, N. C.; SOUZA, G. O.; CUNHA, A. F. **Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida em bombeiros.** Psicologia Argumento, Curitiba, v. 23, n. 42, p. 47-54, 2005.

BARREIRA, C.; ADORNO, S. **A violência na sociedade brasileira.** In: MARTINS, C. B.; MARTINS, H. H. T. S. (Orgs.). Horizontes das ciências sociais no Brasil: sociologia. São Paulo: Anpocs, 2010. p. 303-374.

BECK, J.S. 2013. **Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática.** 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, p 413.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino.** Boletim de Psicologia, São Paulo, v. 62, n. 137, p. 155 168, 2012.

BEZERRA, C.M.; MINAYO, M.C.S.; CONSTANTINO, P. **Estresse ocupacional em mulheres policiais.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. v18. n3. p.657-666, Mar. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2022.

BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

BLANC, P. D. **Por que a qualidade de vida deve ser importante para os pesquisadores de saúde ocupacional.** Occupational Environmental Medicine, London, v. 61, n. 7, p. 572 576, 2004.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. **Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa.** PSICOLOGIA EM ESTUDO. Maringá, v. 12, n. 3, p.465-473, set./dez. 2007.

BOTEGA, Neury J. **Crise suicida: avaliação e manejo.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

BORSOI, I. C. F. **Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental.** Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 103- 111, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400014&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000400014>.



BRUCK, N. R. V. **A psicologia das emergências: um estudo sobre a angústia pública e dramático cotidiano do trauma**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BULLINGER, M. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em medicina. Uma visão geral sobre conceitos, métodos e aplicações na pesquisa internacional**. *Neurologia e neurociência restaurativa, Clare*, v. 20, p. 93-101, 2002.

CAMPOS, E. B. V. **Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade**. *Est. Inter. Psicol.*, Londrina, v. 7, n. 2, p. 22-44, dez. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223664072016000200003&lng=pt&nr\\_m=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223664072016000200003&lng=pt&nr_m=iso). Acesso em: janeiro. 2022.

CARBONARI, P. C. **Direitos humanos no Brasil: uma leitura da situação em perspectiva**. In: **Coletânea CERIS: Direitos humanos no Brasil 2: diagnósticos e perspectivas**. Rio de Janeiro: CERIS/Mauad X, 2007. pp19-66.

CARVALHO; SILVA, 2011; CARVALHO, V.A.; SILVA, M.R.F. **Política de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios**. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, jan./jun. 2011, p. 59-67.

CAVALCANTE, Z. V; SILVA, M. L. S. da. **A importância da revolução industrial no mundo da tecnologia**. VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica CESUMAR – Centro Universitário de Maringá. Ed. CESUMAR, Maringá – Paraná – 25 a 28 de outubro de 2011. Disponível em: [http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/zedequias\\_vieira\\_cavalcant e2.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/zedequias_vieira_cavalcant e2.pdf). Acesso em 26 Set. 2022.

CASTRO, Maria Cristina D'ávila de. **Trabalho do Policial Civil e Afastamento por Transtornos Mentais**. Monografia, Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/169073/342015.pdfsequence=1&isAllowed=y> Acesso em: dez. 2022.

CASTRO, A.P.W.; NETO, F.L. 2004. **Continuação do antipsicótico em depressão psicótica**. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(6):300-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000600005> Acesso em: dez. 2022.

COLETA, A. S. M. D.; COLETA, M. F.D. **Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis**. *PsicoUSF*, v.13, n.1, 2008

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

CRUZ, L.N.; POLANCZYK, C. A.; CAMEY, S. A.; HOFFMANN, J. F.; FLECK, M. P. **Qualidade de vida no Brasil: valores normativos para o Whoqol-bref no sul amostra da população geral**. *Pesquisa de Qualidade de Vida*, Oxford, v. 20, n. 7, p. 1123- 1129, 2011.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico] / Paulo Dalgalarondo. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**. UNIC / Rio / 005 - Agosto 2009. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601> Acesso em 8 de Set. 2022.

DEUS, Pécio Ribeiro Gomes. **Transtorno do estresse pós-traumático: sintomas, tratamentos e causas**, 2017. Disponível em:<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/transtorno-do-estresse-pos-traumatico>. Acesso em: maio.2021.

DIAS, E. C. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. MINISTERIO DA SAÚDE NO BRASIL, Representação no Brasil da OPAS/OMS. Colaboradores Idelberto Muniz Almeida; et al. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

DODSON N.A. **Adolescent gun violence prevention: what we know, and what we can do to keep young people safe**. 2016. *Curr Opin Pediatr*. 2016 Aug;28(4):441-6. Disponível em<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27176665>>. Acesso em: julho de 2021.

DYNIEWICZ, A. M.; MOSER, A. D. L.; SANTOS, A. F.; PIZONI H. **Avaliação da qualidade de vida de trabalhadores em empresa metalúrgica: um subsídio à prevenção de agravos à saúde**. *Revista Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 22, n. 3, p.457- 466, 2009. em: nov. de 2022.

ERLIM, M. T.; PAVANELLO, D. P.; CALDIERARO, M. A.; FLECK, M. P. **Confiabilidade e validade do WHOQOL BREF em uma amostra de pacientes ambulatoriais brasileiros com depressão maior**. *Pesquisa de Qualidade de Vida*, Oxford, v. 14, n. 2, p. 561- 564, 2005.

FACHIN, M. G. **Fundamento dos direitos históricos – teoria e práxis na cultura da tolerância**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

FÉDIDA, P. **Depressão**. São Paulo: Escuta, 1999.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M. **Impacto dos aspectos psicossociais do trabalho na qualidade de vida dos professores**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 15-20, 2009.

FERREIRA, César Augusto. **Análise pericial do padrão de consumo de álcool em policiais e seus fatores de risco**. Goiânia: Rev. Esp.- IPOG, 2013: julho Disponível em: <file:///C:/Users/Fundacao/Downloads/analise-pericial-do-padrao-de-consumo-de-álcool-em-policiais-e-seus-fatores-de-risco14131314>. Acesso em: abril. 2021.

FREITAS JR., A. R. de. **O trabalho à procura de um direito: crise econômica, conflitos de classe e proteção social na Modernidade**. Estud. av., São Paulo, v. 28, n.81, p.69-93, Ago. 2014. Disponível em: Acesso em 26 Set. 2022.

FIGUEIRA, Ivan. MENDLOWICZB, Mauro. **Diagnóstico do transtorno de estresse pós- traumático**. Rio de Janeiro: Fac. Med. Univ. Fed. do Rio de Janeiro (UFRJ). Rev. Bras. Psiquiatr. 2003, v25:12-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a04v25s1> Acesso em: janeiro 2022.

FLECK, M. P. de A. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Caribe, v. 5, n. 1, p. 33-38, jan./mar. 2000. Disponível em: Acesso em: jul. 2022.

FOLHA WEB. **Policias Militares recebem atendimento psicológicos**. Disponível em: <https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Policiais-Militares-recebem-atendimento-psicologico-/72302>. Acesso em: 17 de agosto de 2021.

FOUREAUX, Rodrigo. Título. **Segurança pública**. Editora Juspodivm, Salvador, 2019. FREIRE, Cylviane Maria Cavalcante de Brito; CAMELO

PARENTE, Francisco Josênio. **A Custódia de Presos Realizada em Delegacias de Polícia Civil e os Reflexos dessa Prática na Segurança Pública. Conhecer: Debate entre o Público e o Privado**, v. 1, n. 10, 2014.

FREUD, S. Conferência XXIII: **Os caminhos da formação dos sintomas**. In Freud S. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Salomão J, tradutor, 1996; 26: 397-417. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1976).

GARCIA, A. L.; OLIVEIRA, E. R. A.; BARROS, E. B. **Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e prática cotidiana**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 18-24, Jan/Mar 2008.

GARRAT, A.; SCHMIDT, L.; MACKINTOSH, A.; FITZPATRICK, R. **Medição de qualidade de vida: estudo bibliográfico de medidas de resultados de saúde avaliadas pelo paciente**. BMJ, London, v. 324, n. 7351, p. 1417, 2002.

GIDDENS, Anthony, Sociologia. Trad. Roneide Venancio Majer e Klauss Brandini Gerhardt. Título original: **Em defesa da sociologia: ensaios, interpretações e réplicas**. São Paulo: Edusp, 2001.

GISCHEWSKI, Valéria Rezende. **O abuso de álcool entre policiais militares: um estudo de caso. Especialização em psicologia do trabalho (UFMG)**. Belo Horizonte. 2004.

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; OLIVEIRA, M. T. C.; CAMPOS, W. **Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados**. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Ponta Grossa, v. 3, n. 1, p. 40-52, 2011.

GORCZEWSKI, C; DIAS, F. V. **A imprescindível contribuição dos tratados e cortes internacionais para os direitos humanos e fundamentais**. Florianópolis, n. 65, p. 241-272, Dec. 2012. Disponível em: Acesso em 02 Set. 2022.

GOMES, M. S. C. **As manifestações sociais como garantia do direito à liberdade**. Revista Brasileira de Direito, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 102-112, fev. 2015. ISSN 2238-0604. Disponível em: . Acesso em 14 jan. 2022.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. **Medir a qualidade de vida relacionada à saúde**. Annals Internal Medicine, Philadelphia, v. 118, n. 8, p. 622-629, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociais municipais – 2000**. 2000. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores\\_sociais\\_municipais/tabela1a.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/tabela1a.shtm)>. Acesso em: abril. 2022.

KAPLAN, H. B.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KOETZ, L. C. E.; REMPEL, C.; PÉRICO, E. **Qualidade de vida de professores de Instituições de Ensino Superior Comunitárias do Rio Grande do Sul**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1019-1028, 2013.

KREEK, M. J. (2011). **Marginalização extrema: vício e outros transtornos mentais, estigma e prisão**. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231, 65–72. Kulbarsh P. police suicide statistics. 2016. Disponível em: <<https://www.officer.com/training-careers/article/12156622/2015-police-suicide-statistics>>. Acesso em: novembro de 2022.

JÚNIOR, Giovanni Abrahão Salum; MANFRO, Gisele Gus. **Transtorno de pânico: diagnóstico**. In: NARDI, Antonio Egidio; DA SILVA, João Quevedo Antônio Geraldo (org.). *Transtorno de Pânico Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 28. Disponível em: Acesso em: 30 de maio de 2022.

LEÃO, H. F. P.; GOMES, S. A.; ALMEIDA, A. H. S.; BATISTA, G. R.; TASHIRO, T.; CASTRO, P.J. P. **Qualidade de vida e nível de atividade física de trabalhadores com diferentes tempos de serviço**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 15, n. 1, p. 31-38, 2011.

LECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

LIMA, João C. **Atividade policial e o confronto armado**. Curitiba: Juruá, 2005.

LIMA, M. E. A. **A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.10, n.14, p.82-91, 2003. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/184/19>. Acesso em: abril de 2021.

LIMA, Plauto de. **Políticas de segurança pública: um rotineiro e cansativo trabalho de sísifo**. Fortaleza: Premius Ed., 2016.

LIPOVETSKY, G. **A Era do Vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Barueri, SP: Manole, 2005.

MACHADO, J. M. H. **Perspectivas e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador**. In: Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Cap. 2 , p. 67-86.

MACHADO, R. C. B. R. **Validação do índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina**. 2000. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MANTOAN, João. Sousa, Juliano. Diefenbach, Letícia. Azevedo, Marina. Monteiro, Milena. Comenale, Victor. Sobral, Isabela. Marques, David. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Estudo especial: Política e fé entre os policiais militares, civis e federais do Brasil**. Primeiros resultados Agosto, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/pesquisa-politica-e-fe-entre-os-policiais-militares-civis-e-federais-do-brasil-0608.pdf>. Acesso em: maio de 2021.

MBAYA, E. R. **Gênese, evolução e universalidade dos direitos humanos frente à diversidade de culturas**. Acesso em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v11n30/v11n30a03.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2021.

MARY C, Townsed MN. **Enfermagem Psiquiátrica Conceitos e Cuidados**. 3ª Edição. RODRIGUES, M.V.C. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MELEIRO, A. M. A. S. **O stress do professor**. In: LIPP, M. E. N. (Org.). O stress do professor. Campinas-SP: Papyrus, 2002. cáp.1, p. 11-27.

MELLO MFD, Pupo MC. **A Clínica dos Transtornos de Estresse Pós- Traumático e de Estresse Agudo**. In: Mello MFd, Fiks JP, editors. Transtorno de estresse pós-traumático: Violência, medo e trauma no Brasil São Paulo: Atheneu; 2011. p. 165-73.

MENDES, A. M. **Validação de uma escala de indicadores de prazer-sofrimento no trabalho**. Manuscrito não publicado, Universidade de Brasília, 2003.

MENDES, E. D.; VIANA, T. C.; BARA, O. **Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 30, n. 4, p. 423-43, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722014000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: maio. 2022.

MENDES, Evaristo de Oliveira. **A Saúde Psicossocial na Segurança Pública Brasileira**. Monografia – Rio de Janeiro: Escola Superior de Guerra, 2013. Disponível em: <http://www.esg.br/images/Monografias/2013/MENDESE.pdf> Acesso em: dez. 2022.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; CONSTANTINO, Patrícia. **Riscos Percebidos e Vitimização de Policiais Civis e Militares na (in) Segurança Pública**. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 11, p. 2767-2779, novembro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/23.pdf>> Acesso em Setembro de 2022.

MINAYO, MCS. **Valorização profissional sob a perspectiva dos policiais do Estado do Rio de Janeiro**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.3, pp.611-620. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300007>. Acesso em: maio de 2021.

MIRANDA D, Guimarães T. **O suicídio policial: O que sabemos? DILEMAS**. *Revista de Estudos de Conflitos e Controle Social*, 2016; 9(1): 1-18. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7680>>. Acesso em: nov. de 2022.

MIRANDA, Dayse (Org.). **Por que Policiais se Matam? Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016. Disponível em: <http://gepesp.org/wpcontent/uploads/2016/03/POR-QUE-POLICIAIS-SE-MATAM.pdf>. Acesso em: dez. 2022.

MISHOE, S. C.; MACLEAN, J. R. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde**. *Respiratory Care*, Philadelphia, v. 46, n. 11, p. 1236-1257, Nov. 2001.



MOREIRA, H. R.; FARIAS, G. O.; BOTH, J.; NASCIMENTO, J. V. **Qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout em professores de educação física do estado do Rio Grande do Sul**, Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 115-122, 2009.

MOREIRA, H. R.; NASCIMENTO, J. V.; SONOO, C. N.; BOTH, J. **Qualidade de vida no trabalho e perfil do estilo de vida individual de professores de Educação Física ao longo da carreira docente**. Revista Motriz, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 900-912, 2010.

MUNIZ J, MELLO K. Nem Tão Perto, Nem Tão Longe: **O Dilema Da Construção Da Autoridade Policial Nas UPP: Dossiê: Políticas públicas de segurança e justiça**. Porto Alegre, V.15,n.1,2015.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NICOLAU, A. A. **Ensaio sobre o sofrimento psicológico de policiais**. FGR em revista, Belo Horizonte, 2009; 3(4): 45-57. Disponível em:<[http://www.fgr.org.br/2008/revistas/revista\\_4edicao.pdf#page=45](http://www.fgr.org.br/2008/revistas/revista_4edicao.pdf#page=45)>. Acesso em: agosto de 2022.

NÓBREGA JÚNIOR, J.M.P. **O que se escreve no Brasil sobre Segurança Pública? Uma revisão da literatura recente**. Revista Brasileira de Segurança Pública. São Paulo v. 12, n. 2, 14-47, ago/set 2018. Disponível em: <http://revista.forumseguranca.org.br/> Acesso em jul. 2022.

NORDENFELT, L. **Os conceitos de saúde e doença revisitados**. Medicine, Health Care and Philosophy, Netherlands, v. 10, p. 5-10, 2007.

NUNES, Everardo Duarte. **O suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX**. In Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(1):7-34, jan-mar,1998.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. **Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 6, p.1019-1026, 2006.

OLIVEIRA S.G.; **Proteção Jurídica a Saúde do Trabalhador**. São Paulo: LTR, 1996.



OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, A. L.; GOMES, M. J.; BITTAR, T. O.; PEREIRA, A.C. **Gênero e qualidade de vida percebida estudo com professores da área de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 741-747, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Relatório Mundial sobre Drogas de 2015.** Disponível em: <https://www.unodc.org/lpobrazil/pt/frontpage/2015/06/26-relatorio-mundialsobre-drogas-de-2015-o-uso-de-drogas-e-estavel-mas-o-acesso-ao-tratamento-da-dependencia-e-do-hiv-ainda-e-baixo.html>. Acesso em: agosto.2022.

PAULINO, Fábio Rodrigues. LOURINHO, Lídia Andrade. **O Adoecimento Psicológico do Policial Militar do Ceará.** Rev Trab e Sociedade, Fortaleza, v.2(2),2014:p.58-77. Disponível em: <http://www.ratio.edu.br/dados/trabalhosociedade/revista0309/quatro.pdf> Acesso em: jan. 2021.

PEIXOTO, B.; SARAIVA, C. B.; SANTOS, N. **Prevenção do suicídio nas Forças de Segurança.** In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (Coords.). **Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica.** Lisboa: Lidel, 2014. p. 425-34.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; LOPES, A. S. **Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1963-1970, 2013.

PETRONE, L. **Qualidade de vida e doenças psicossomáticas.** Tradução de Lúcia Malagnino Petrone. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

PIOSEVAN, Flávia. **As ações afirmativas e direitos humanos.** Revista Usp. São Paulo Sp, p. 36-43, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/clarissa/Documents/covid%2019/13511-Texto%20do%20artigo-16486-1-10-20120517.pdf>. Acesso em: 2 junho. 2022.

PIOVESAN, F. **Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos.** Sur, Rev. int. direitos human., São Paulo, v. 1, n. 1, p. 20-47, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/clarissa/Documents/covid%2019/13511-Texto%20do%20artigo-16486-1-10-20120517.pdf>.. Acesso em 02 Set. 2022.

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. **Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.

RATTON, J. L. **Crime, polícia e sistema de justiça no Brasil contemporâneo: uma cartografia (incompleta) dos consensos e dissensos da produção recente das ciências sociais**. *BIB*, São Paulo, n. 84, 2/2017 (publicada em abril de 2018), pp. 5-12. Disponível em: < <http://anpocs.com/index.php/bib-pt>>. Acesso em jul. 2022.

REGINA AGL Castillo, RECONDO R, Fernando R Asbahre Gisele G Manfro. **Transtorno de ansiedade**, *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.22s.2. São Paulo. 2000.

RIBEIRO, C. A. O.; CAMPOS, L. N. M. **Qualidade de vida no trabalho**. *Revista Tecer*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 28-39, 2009.

RIBEIRO; TEIXEIRA, 2018; RIBEIRO, L; TEIXEIRA, A. N. **O calcanhar de Aquiles dos estudos sobre crime, violência e dinâmica criminal**. *BIB*, São Paulo, n. 84, 2/2017 (publicada em abril de 2018), pp. 13-80. Disponível em: < <http://anpocs.com/index.php/bib-pt>>. Acesso em jul. 2022.

RODRIGUES MLN. Colaboradores. **Enfermagem Psiquiátrica Conceitos de Cuidados**. 2º Edição Psiquiatria Básica; 2007.

RONEN, G. M.; FAYED, N.; ROSENBAUM, P. **Resultados em neurologia: uma revisão de questões conceituais e recomendações**. *Developmental Medicine and Child Neurology*, London, v. 53, p. 305-312, 2011.

ROSA, F. H. Conversando sobre psicologia militar. In: CONGRESSO BRASILEIRO PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, I., 2002, São Paulo. Anais... São Paulo: Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira, 2002. p. 36.

\_\_\_\_\_. Psicologia militar no Brasil: formas e contextos de avaliação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, 1.; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, IX., 2003, Campinas. Anais... Campinas: PUC-Campinas, 2003. p. 14.

ROTHSCHILD, A. **Challenges in the Treatment of Major Depressive Disorder with Psychotic Features**. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3):787-796. 2013 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbt046> Acesso em 05 setembro. 2022.

RUSLI, B. N.; EDIMANSYAH, B. A.; NAING, L. N. **Condições de trabalho, estresse autopercebido, ansiedade, depressão e qualidade de vida: uma abordagem de modelagem de equação estrutural**. BMC Public Health, London, v. 8, n. 6, p. 48, 2008.

SADOCK BJ, SADOCK VA. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. Compêndio de Psiquiatria. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 665-73.

SALES, R. **Desemprego fica em 11,2% no trimestre até maio, o maior desde 2012**. Jun. 2016. Disponível em: <http://www.valor.com.br/brasil/4618189/desemprego-fica-em-112-no-trimestre-ate-maio-o-maior-desde-2012>>. Acesso em 05 Ago. 2022.

SANTOS, D. F. A. **Qualidade de vida no trabalho: Um estudo sobre a percepção dos funcionários do centro estadual de ensino fundamental**, 2012. Tucunduva. Unijui. Disponível em <<http://bibliodigital.unijui.edu.br>>. Acesso em: maio de 2022.

SANTOS ROB, et al. **O sofrimento psíquico de policiais militares em decorrência de sua profissão: revisão de literatura**. RGS.2019;20(2):1427.26 Disponível em:<<http://www.redalyc.org/html/2330/233030659009/>>. Acesso em: fevereiro de 2023.

SAPORI, L. F. e SOARES, G. A. D. **Por que cresce a violência no Brasil**. Editora PUCMINAS autêntica, Belo Horizonte, 2019.

SARAIVA et al. **Depressão e suicídio: um guia clínico nos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Lidel editora, 2014.

SARTORI, Leonardo Fávero. et al. **Burnout em Policiais: a Relação entre o Trabalho e o Sofrimento**. Rio de Janeiro: XXXII Encontro da ANPAD, 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR-B906.pdf> Acesso em: 22 nov. 2022.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. **Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, 2004.

SHER, L. **Comentário: Polícia e Prevenção ao Suicídio**. Frontiers in PublicHealth, 4, 2016. Disponível em: <<http://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00119>>. Acesso em julho de 2022.

SHINOHARA, Helene. **Transtorno de pânico: da teoria à prática**. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 115-122, dez. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbt047> Acesso em: 03 de novembro de 2022.

SILVA BCR. **Suicídio na Polícia Militar do Paraná no período de 2013 a 2016: estudo sobre os fatores de risco na profissão Policial Militar**. Paraná: Academia Policial Militar do Guatupê, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/pap/article/view/54630>. Acesso em julho de 2022.

SILVA, Joana Helena Rodrigues da. **Estudo sobre o trabalho Policial e suas implicações na saúde mental**. Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/Fundacao/Downloads/JoanaHRSilva%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Fundacao/Downloads/JoanaHRSilva%20(2).pdf) Acesso em: jan. 2023.

SILVA, Márcio Vieira da. SILVA, William Pereira. **Uso de Drogas Ilícitas por Policiais Militares: causas e efeitos. Goiás: Sec. Segurança Pública e Justiça**. Polícia Militar do Estado de Goiás. Goiânia, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.ssp.go.gov.br/pmgo/bitstream/123456789/418/6/Uso%20de%20Drogas%20Il%C3%ADcitas%20por%20Policiais%20%20Militares>. Acesso em: dezembro. 2022.

SILVEIRA LC, FEITOSA RMM, PALÁCIO PDB. **A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: contribuições da psicanálise para o cuidado em saúde**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, 2014; 20(1): 19-33. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2014v20n1p19/7144>>. Acesso em: novembro. De 2022.

SIQUEIRA JÚNIOR, A. C.; SIQUEIRA, F. P. C.; GONÇALVES, B. G. O. G. **O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem**. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 41-45, jan./mar. 2006.

SOLER, C. **Declinações da angústia: curso 2000-2001**. São Paulo: Escuta, 2012.

SOREFF S. **Suicide**, Medscape. 2021. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/2013085-overview>>. Acesso em: novembro. De 2022.

STURMER, Gilberto. **DIREITOS HUMANOS E MEIO AMBIENTE DO TRABALHO**. Veredas do Direito -, Belo Horizonte, v. 13, n. 25, janeiro/abril 2016.

Disponível em: <<http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/issue/view/39>>. Acessado em: 10 out. 2022.

STOPPE AJ, Athanássios TC. **Depressão e Ansiedade**. 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/!sisScript=iahiah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=315319&indexSearch=ID> . Acesso em: agosto de 2022.

STURION, W. **A qualidade de vida dos tempos modernos**. Banas Qualidade, ano XI, n.118, 2002.P 69.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.;VILASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe epidemiológico do SUS, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TENGLAND, P. A. **Os objetivos do trabalho em saúde: Qualidade de vida, saúde e bem-estar**. Medicine, Health Care and Philosophy, Netherlands, v. 9, n. 2, p. 155-167, Feb. 2006.

THOMAS, David J. **Psicologia policial: uma nova especialidade e novos desafios para os homens e mulheres de azul**. California: Praeger, 2011.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; POLO, E. F.; NUNES, A. **O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327- 339, 2010.

VARELLA, Dráuzio. **Doenças e sintomas – TAG: transtorno da ansiedade generalizada**. 2016. Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/letras/a/tagtranstorno-da-ansiedade-generalizada/> Acesso em: nov. 2022.

\_\_\_\_\_, Dráuzio. **Doenças e sintomas –Transtorno do Estresse PósTraumático**.2016. Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/doencas-esintomas/transtorno-do-estresse-pos-traumatico/> Acesso em: nov. 2022.

VIANNA, Renata Ribeiro Alves Barboza; CAMPOS, Angela Alfano; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. **Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão**. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 46-61, jun. 2009.Disponível em<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180856872009000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872009000100005&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em set. 2022.

VIEIRA SRS. **Sofrimento psíquico e trabalho**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. WEBER, A.; JAEKEL-REINHARD, A. Burnout syndrome: a disease of modern societies Occupational Medicine, Oxford, v. 50, n. 7, p. 512 517, 2000.

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WU, S.; ZHU, W.; LI, H.; YU, I. T. S.; LIN, S.; WANG, X.; YANG, S. **Qualidade de vida e seus fatores de influência entre os profissionais médicos**. International Archives of Occupational and Environmental Health, Germany, v. 83, p.753 761, 2010.

ZORZO, L. C. **Condições de trabalho em uma organização militar**. In: LAZZAROTTO, E. M. (Org.). Gestão dos serviços de saúde: condições de trabalho nas organizações. Cascavel: Coluna do Saber, 2004. p. 203-240.

ZUGMAN, S.; NEUFELD, C.B. 2012. **Conceitualização cognitiva de um caso de paranóia de Freud**. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1):47-54.

**APÊNDICE A – Autorização de Pesquisa, conforme Ofício N° 487/2022.**



**Governo do Estado de Roraima**  
**Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania**  
*"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"*

**OFÍCIO N° 487/2022/SEJUC/DEPLAF/DRH**

Boa Vista - RR, 11 de março de 2022.

A Sua Senhoria a Senhora

**ADRIANA TIMOTEO DO VALE**

Acadêmica do Curso Mestrado Profissional em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania/UERR.

**BOA VISTA/RR**

**Assunto:** Solicitação de Informação.

Senhora Acadêmica,

Cumprimentando-a cordialmente, informo através do evento (4328041), dados para fins de pesquisa da Acadêmica **ADRIANA TIMOTEO DO VALE**, onde solicita o quantitativo de atestados psicológicos dos servidores efetivos Agentes Penitenciários, desta Secretaria de Estado de Justiça e da Cidadania/SEJUC.

Atenciosamente,

**ANDRÉ FERNANDES FERREIRA**

Secretário de Estado da Justiça e da Cidadania



Documento assinado eletronicamente por **André Fernandes Ferreira, Secretário de Estado da Justiça e Cidadania do Estado de Roraima**, em 16/03/2022, às 09:18, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto N° 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **4338871** e o código CRC **AA3102BD**.

26101.002911/2022.41

4338871v5



## APÊNDICE B- DESPACHO 370/2022



**Governo do Estado de Roraima**  
**Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania**  
*"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"*

**DESPACHO 370/2022/SEJUC/DEPLAF/DRH**

Boa Vista/RR, 16 de março de 2022.

A Sua Senhoria a Senhora  
**ELDA DA CONCEICAO GOMES BATISTA ROSA**  
Chefe de Gabinete/SEJUC

Senhora Chefe,

Cumprimentando-a cordialmente, em resposta ao despacho nº 574 (4289660), devolvo os autos com a solicitação atendida. Para conhecimento e providências.

Atenciosamente,

**MARGARETH BRIGLIA DA CUNHA**  
Chefe da Divisão de Recursos Humanos



Documento assinado eletronicamente por **Margareth Bríglia da Cunha, Chefe de Divisão**, em 16/03/2022, às 11:22, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **4383087** e o código CRC **7C127C36**.



## APÊNDICE C- DADOS DA PESQUISA.



**Governo do Estado de Roraima**  
**Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania**  
*"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"*

### PLANILHA

ATESTADO PSICOLÓGICO - 2018 A 2021	
CID	QUANTIDADE
F - 43	6
F - 43.1	1
F - 41.2	4
F - 06	32
F43.2	3
F - 43.8	6
F32.3	1
F - 41.1	10
F41.0	10
F32	6
TOTAL = 79	

**MARGARETH BRIGLIA DA CUNHA**  
Chefe da Divisão de Recursos Humanos



Documento assinado eletronicamente por **Margareth Bríglia da Cunha, Chefe de Divisão**, em 14/03/2022, às 08:52, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **4328041** e o código CRC **3C79ACA3**.