



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E
COMPORTAMENTAIS E PERCEPÇÃO DE SUPORTE
FAMILIAR EM POLICIAIS CIVIS**

Mestranda: Maria Cristina d'Avila de Castro

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Área de Concentração:
Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico

Florianópolis

2012



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

Maria Cristina d'Avila de Castro

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E
COMPORTAMENTAIS E PERCEPÇÃO DE SUPORTE
FAMILIAR EM POLICIAIS CIVIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Florianópolis

2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

C355p Castro, Maria Cristina d'Avila de
Prevalência de transtornos mentais e comportamentais e percepção de suporte
familiar em policiais civis [dissertação] / Maria Cristina d'Avila de Castro ;
orientador, Roberto Moraes Cruz. - Florianópolis, SC,
2012.
187 p.: grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação
em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Policiais - Aspectos psicológicos. I. Cruz, Roberto Moraes.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia. III.
Título.

CDU 159.9

Maria Cristina d'Avila de Castro

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E
COMPORTAMENTAIS E PERCEPÇÃO DE SUPORTE
FAMILIAR EM POLICIAIS CIVIS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Psicologia”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 07 de fevereiro de 2012.

Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Crepaldi
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Dr. Jamir João Sardá Junior
Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI

Prof^ª.. Dr^ª. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

TRADUZIR-SE

*Uma parte de mim
é todo mundo:
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo.*

*Uma parte de mim
é multidão:
outra parte estranheza
e solidão.*

*Uma parte de mim
pesa, pondera:
outra parte
delira.*

*Uma parte de mim
almoça e janta:
outra parte
se espanta.*

*Uma parte de mim
é permanente:
outra parte
se sabe de repente.*

*Uma parte de mim
é só vertigem:
outra parte;
linguagem.*

*Traduzir-se uma parte
na outra parte
- que é uma questão
de vida ou morte -
será arte?*

Ferreira Gullar

AGRADECIMENTOS

Sou grata à vida que tem me dado muitas oportunidades e também a mim, que tenho aproveitado algumas delas.

Sou grata a meus pais, João Claudio (em memória) e Almerinda Cristina d'Avila, que me ensinaram, dentre tantas coisas, o valor da luta pelo conhecimento em qualquer idade.

Sou grata à minha família ampliada irmãos(ões), cunhados(das), sobrinhos (as) pelo apoio e apreço demonstrado em cada palavra e em cada gesto de ajuda nessa caminhada.

Sou grata ao meu parceiro da vida Edir Lima, que “simplesmente” me apóia, me dá o suporte necessário para empreender as jornadas que escolho seguir e, aos meus filhos, Ana Luiza, Lucas e Maria Eduarda (filha do coração), por existirem.

Sou grata àqueles que me deram o apoio logístico, cuidando do que não pude cuidar enquanto estive absorvida em leituras, coleta de dados e digitações: Josy e as cuidadoras da minha mãe (Doroti, Verônica, Fernanda e Eliane).

Sou grata à minha rede social ampliada, amigos e amigas da vida inteira e os que vieram depois, que nunca duvidaram que eu conseguiria chegar até aqui. Obrigada pelas energias que me enviaram sempre que precisei!

Sou grata aos colegas de mestrado, pelo acolhimento, pela disponibilidade em me ajudar no meu retorno à sala de aula e pela alegria de ser aluna! Foi muito bom ser colega de vocês!

Sou grata à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia pelo ensino gratuito e de qualidade que me proporcionaram! Foi muito bom voltar depois de 30 anos!

Sou grata aos professores do Curso de Pós-Graduação em Psicologia pela ampliação do conhecimento oferecido e pela paixão por pesquisa.

Sou grata à Polícia Civil, por intermédio do Delegado Geral Aldo Pinheiro d'Ávila e da colega de trabalho e amiga, Clarice da Silva, pelo apoio incondicional para realização da pesquisa.

Sou grata à Diretoria de Saúde do Estado, na figura de Jane Cleia Cardoso de Bittencourt Cunha, gerente da GECOB, e sua equipe Lourdes Scarpari de Lucca, Angelia de Souza e Nercy Brasil Ferreira Filho, pelo profissionalismo e pela humanidade com que me receberam e receberam minha pesquisa. Graças a vocês, o trabalho qualitativo desta pesquisa aconteceu.

Sou grata à Fabiana Mota, Wanda Elsen Barcelos, Izabel Carolina Campos, Igor Reszka, Marco Avila, Inea Giovana da Silva Arioli, Tais Zavareze, Saydi Karolin Maciel e Fernanda Muller que foram especialmente importantes nessa caminhada acadêmica.

Sou grata aos professores que compuseram a banca, Jamir João Sardá Júnior e Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, que prontamente se dispuseram à tão árdua tarefa nas suas férias!

Sou grata ao grande guerreiro e mestre, Roberto Moraes Cruz, que desde o primeiro momento em que lhe disse do meu interesse em pesquisar os policiais, me incentivou e me motivou a realizar a empreitada. Minha admiração à sua capacidade de acolher pessoas com profissões e idades tão diversas com um objetivo em comum: aprender a fazer pesquisa!

E, finalmente, sou grata aos policiais e seus familiares que me receberam tão bem em suas casas, abrindo seus recantos, tirando a poeira das vivências guardadas nas gavetas da alma. Espero retribuir a confiança depositada no meu trabalho!

Muito obrigada a todos!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de transtorno mental e comportamental (TMC) e a percepção do suporte familiar de Policiais Civis de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, cuja amostra foi composta de policiais civis afastados do trabalho por diagnóstico de TMC, qualificado pela junta médica do estado, no período 2009 e 2010. Os dados de prevalência se referem a todos os afastamentos por TMC (n=148) e os dados sobre o suporte familiar se referem aos policiais e familiares entrevistados (n=19). Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: a) planilha de dados de prevalência de TMC da SEA/SC; b) inventário de percepção de suporte familiar (IPSF); c) roteiro de entrevista para investigar as dimensões do suporte familiar e o processo de adoecimento por TMC relacionado ao trabalho na perspectiva do policial e do seu familiar. A percepção do suporte familiar por parte dos policiais indicou ser este um recurso importante durante o período de afastamento do trabalho, bem como na sua recuperação e retorno ao trabalho, corroborando a existência de uma associação inversa entre nível de apoio social e a ocorrência de sofrimento psíquico. Conclui-se que o suporte familiar e social, estimulando as relações interpessoais positivas na família, no trabalho e nas relações sociais ampliadas, mostraram ser fundamentais para a percepção de um aumento no bem-estar, satisfação de vida, auto-estima e a diminuição de sintomatologia.

Palavras chaves: policial, transtornos mentais, suporte familiar e social.

ABSTRACT

The aim of the present study was to analyze the prevalence of mental and behavioural disorders (MBD) among the Civil Police officers and their perspectives about family support. This is an exploratory-descriptive research, and the sample was composed of 148 police officers out of work due to a MBD diagnosis issued by the state medical board between 2009 and 2010. The prevalence data refer to all removals by MBD (n = 148). The family support data were collected with police officers and their relatives through interviews. The instruments used for data collection were: a) the SEA/SC MBD prevalence table sheet; b) perception inventory of family support (IPSF); c) interview script to investigate the dimensions of family support and the MBD illness process related to work. The perception of police officers indicated that family support is an important resource during the time away from work, as well as during the period of recovery and return to work. The results point out to an inverse association between the level of social support and psychological suffering, showing that family and social support, encouraging positive interpersonal relationships in the family, at work place and in the expanded social relations of the police officers are fundamental for their perception of an increase in well-being, life satisfaction, self-esteem and symptoms reduction.

Key words: police officer, mental and behavioural disorders, family and social support.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Distribuição por idade (n=148)..... | 78 |
| Figura 2. Frequência de tempo de serviço (n=148)..... | 79 |
| Figura 3. Associação entre CID F e grau de instrução..... | 83 |
| Figura 4. Associação entre CID F e idade..... | 84 |
| Figura 5. Associação entre CID F e o cargo..... | 85 |
| Figura 6. Distribuição dos policiais segundo grupo percentil na dimensão afetivo-consistente (n=19)..... | 87 |
| Figura 7. Distribuição dos policiais segundo grupo percentil na dimensão adaptação familiar (n=19). | 88 |
| Figura 8. Distribuição dos policiais segundo grupo percentil na dimensão autonomia familiar (n=19). | 88 |
| Figura 9. Distribuição dos participantes segundo grupo percentil geral (n=19)..... | 89 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1. Estudos sobre a saúde mental dos policiais de 2001 a 2011..... | 36 |
| Tabela 2. Tendências teórico-metodológicas sobre saúde mental dos policiais entre 2001 a 2011..... | 45 |
| Tabela 3. Estudos relacionados a rede, suporte social e saúde..... | 58 |
| Tabela 4. Roteiro de entrevista com o policial participante | 74 |
| Tabela 5. Distribuição percentual do sexo e escolaridade (n=148)..... | 78 |
| Tabela 6. Distribuição percentual do cargo e sexo (n=148)..... | 80 |
| Tabela 7. Distribuição percentual do local de trabalho e CID F (n=148)..... | 81 |
| Tabela 8. Distribuição da ocorrência de quadros diagnósticos F (CID-10) nas Delegacias Polícia de Comarca..... | 81 |
| Tabela 9. Expectativa e a realidade da profissão na visão do policial.. | 91 |
| Tabela 10. Imagem social da profissão pelo olhar do policial | 94 |
| Tabela 11. Mudança de comportamento na visão do policial | 96 |
| Tabela 12. Relações sociais dos policiais..... | 97 |
| Tabela 13. Apoio recebido da rede social na visão do policial | 98 |
| Tabela 14. Formas do policial pedir ajuda à rede social de suporte | 99 |
| Tabela 15. Demonstrações de afeto do policial..... | 99 |
| Tabela 16. Comportamentos de ajuda do policial | 100 |
| Tabela 17. Apoio recebido durante o afastamento do trabalho | 101 |
| Tabela 18. Sinais e sintomas percebidos pelo policial. | 103 |
| Tabela 19. Motivos do afastamento do trabalho na visão do policial. | 104 |
| Tabela 20. Diagnóstico e tratamento na visão do policial..... | 105 |
| Tabela 21. Grau de parentesco do familiar participante da entrevista (n=13)..... | 107 |
| Tabela 22. Imagem social da profissão policial na visão do familiar. | 108 |
| Tabela 23. Mudança de comportamento do policial na visão do familiar | 109 |
| Tabela 24. Relações sociais do familiar participante (n=13)..... | 110 |
| Tabela 25. Formas do policial pedir ajuda na percepção do familiar. | 111 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 26. Comportamentos de ajuda do policial na percepção do familiar | 112 |
| Tabela 27. Apoio recebido durante o afastamento do trabalho na visão do familiar | 113 |
| Tabela 28. Para quem o familiar falou sobre a saúde do policial e com quem contou | 113 |
| Tabela 29. Sinais e sintomas percebidos pelo familiar | 114 |
| Tabela 30. Motivos do afastamento do policial do trabalho na visão do familiar | 115 |
| Tabela 31. Diagnóstico e tratamento do policial na visão do familiar | 116 |
| Tabela 32. Imagem social da profissão policial na visão do policial e do familiar | 117 |
| Tabela 33. Imagem da profissão para os amigos/comunidade na visão do policial e do familiar | 118 |
| Tabela 34. Mudança de comportamento do policial na visão do policial e do familiar | 118 |
| Tabela 35. Relações sociais dos policiais e familiares | 119 |
| Tabela 36. Formas do policial pedir ajuda na visão do policial e do familiar | 119 |
| Tabela 37. Comportamentos de ajuda do policial na visão do familiar | 120 |
| Tabela 38. Demonstrações de afeto do policial para a família na visão do policial e do familiar | 121 |
| Tabela 39. Apoio recebido durante o processo de afastamento do trabalho na visão do policial e do familiar | 121 |
| Tabela 40. Para quem falaram sobre os sintomas de saúde do policial e com quem contaram | 122 |
| Tabela 41. Sinais e sintomas percebidos pelo policial e pelo familiar | 123 |
| Tabela 42. Motivos do afastamento do policial do trabalho na visão do policial e do familiar | 124 |
| Tabela 43. Visão da família e do policial sobre o diagnóstico médico | 124 |
| Tabela 44. Visão do policial e do familiar sobre o tipo de tratamento | 125 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

TMC: Transtornos Mentais e Comportamentais

SEA/SC: Secretaria de Administração do Estado de Santa Catarina

IPSF: Inventário de Percepção do Suporte Familiar

OIT: Organização Internacional do Trabalho

LTS: Licença pra Tratamento de Saúde

INSS: Instituto Nacional de Seguro Social

CID: Código Internacional de Doenças

ISSL: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

QVT: Qualidade de Vida no Trabalho

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

TEPT: Transtorno de Estresse Pós-traumático

QSG: Questionário de Saúde Geral

OMS: Organização Mundial de Saúde

SIGRH: Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos

RHPC: Recursos Humanos da Polícia Civil

GECOB: Gerência de Controle de Benefícios

CREMESC: Conselho Regional de Medicina

SAP/PC: Serviço de Atendimento Psicológico da Polícia Civil

PC: Policial Civil

FM: familiar do policial participante da pesquisa

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 25 |
| 2. OBJETIVOS | 29 |
| 2.1. Objetivo geral..... | 29 |
| 2.2. Objetivos específicos | 29 |
| 3. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM POLICIAIS E A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL | 31 |
| 3.1. O contexto dos estudos sobre TMC relacionados ao trabalho ... | 32 |
| 3.2. O contexto dos estudos brasileiros sobre TMC relacionados ao trabalho policial..... | 34 |
| 3.3. O contexto dos estudos estrangeiros sobre TMC relacionados ao trabalho policial..... | 48 |
| 3.4. Suporte Social, Rede Social e Saúde | 51 |
| 3.5. Suporte Familiar..... | 55 |
| 3.6. Estudos brasileiros sobre rede social, suporte social e familiar e saúde..... | 56 |
| 4. MÉTODO | 63 |
| 4.1. Natureza da pesquisa..... | 63 |
| 4.2. Fontes de informação e participantes..... | 63 |
| 4.3. Definições dos conceitos e variáveis investigadas..... | 64 |
| 4.4. Instrumentos e procedimentos de coleta de dados | 65 |
| 4.4.1. Instrumentos | 65 |
| 4.4.2. Procedimentos de coleta de dados | 67 |
| 4.5. Tratamento e análise dos dados | 72 |

| | |
|---|-----------|
| 5. RESULTADOS | 77 |
| 5.1. Análise descritiva dos dados do SIGRH sobre os policiais afastados do trabalho por TMC nos anos de 2009 e 2010 (n=148) | 77 |
| 5.2. Análise inferencial dos dados do SIGRH sobre os 19 policiais participantes | 82 |
| 5.3. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)..... | 86 |
| 5.4. Resultado das Entrevistas | 89 |
| 5.4.1. Resultado das entrevistas com os policiais | 91 |
| 5.4.1.1. Categoria: Conflito entre a expectativa e a realidade da profissão..... | 91 |
| 5.4.1.2. Categoria: Imagem Social da Profissão pelo olhar do policial | 93 |
| 5.4.1.3. Categoria: Mudança de comportamento..... | 95 |
| 5.4.1.4. Categoria: Apoio afetivo e material | 96 |
| 5.4.1.5. Categoria: Apoio afetivo e material frente ao processo de afastamento do trabalho | 100 |
| 5.4.1.6. Categoria: Percepção sobre sua saúde física e emocional..... | 102 |
| 5.4.1.7. Categoria: Percepção do processo de tratamento | 105 |
| 5.4.2. Resultados das entrevistas com os familiares participantes..... | 106 |
| 5.4.2.1. Categoria: Imagem social da profissão a partir do olhar do familiar | 107 |
| 5.4.2.2. Categoria: Mudança de comportamento..... | 108 |
| 5.4.2.3. Categoria: Apoio afetivo e material | 110 |
| 5.4.2.4. Categoria: Apoio afetivo e material frente ao processo de afastamento do trabalho | 112 |
| 5.4.2.5. Categoria: Percepção sobre sua saúde física e emocional do policial na visão do familiar | 114 |
| 5.4.2.6. Categoria: Percepção do processo de tratamento na percepção do familiar | 116 |
| 5.4.3. Comparação dos resultados das entrevistas com os policiais e com os familiares participantes | 117 |
| 5.4.3.1. Sobre a Imagem Social da Polícia..... | 117 |

| | |
|--|------------|
| 5.4.3.2. Categoria: Apoio afetivo e material..... | 119 |
| 5.4.3.3. Categoria: Apoio afetivo e material frente ao processo de afastamento do trabalho..... | 121 |
| 5.4.3.4. Categoria: Percepção de não estar bem | 123 |
| 5.4.3.5. Categoria: Percepção do processo de tratamento | 124 |
| 5.5. Correlações entre TMC, IPSF e entrevistas (n=19)..... | 125 |
| 6. DISCUSSÃO | 129 |
| 6.1. Perfil sociodemográfico da amostra geral (n=148) e dos entrevistados (n=19)..... | 129 |
| 6.2. Perfil profissional da amostra geral e dos entrevistados | 131 |
| 6.3. Discussão dos resultados da entrevista e da percepção de suporte familiar dos policiais participantes..... | 134 |
| 7. CONCLUSÃO | 143 |
| REFERÊNCIAS | 145 |
| APÊNDICES..... | 161 |
| ANEXOS | 169 |

“É sentir-se anjo e diabo ao mesmo tempo. É ter de tomar decisões muito rápido e só depois refletir, ou pior, nunca refletir. É sentir medo, mas ter que prosseguir do mesmo jeito. Mas de repente, todos os medos surgem e você os enfrenta, engana, foge ou se entrega. Em qualquer uma das opções você deixa de ser o policial exemplar e passa a ser sucata, fraco, despreparado e se sente desrespeitado” (sic)¹.

Reflexões dessa natureza fazem parte do dia-a-dia do trabalho dos psicólogos dos serviços de psicologia que atendem policiais. É corrente, entre eles, a idéia de desconstrução da identidade profissional, de abandono e de perda da relação com a família e os amigos.

O trabalho policial é uma atividade de tempo integral. Quando uma pessoa ingressa na organização policial, ela aprende, desde os momentos iniciais de sua formação, que, mesmo em horário de folga, um policial deve estar armado e a serviço da lei e da ordem pública. Para a Polícia, quando uma pessoa ingressa na instituição, ela passa a fazer parte de uma grande família – a família policial – cuja consigna é: você agora passa a ser policial 24 horas por dia e a vida pessoal vai precisar absorver essa nova forma de se relacionar com o trabalho.

A atividade profissional do policial imprime mudanças de hábitos na sua vida. Estudos apontam que o profissional passa a apresentar comportamentos de desconfiança resultando em maior atenção a atitudes suspeitas nos ambientes em que estão presentes – pode ser reconhecido pelos marginais – e maior desconfiança nas relações sociais (Minayo, Souza & Constantino, 2007; Souza & Minayo, 2005). O trabalho policial vai ocupando todas as esferas da vida, restringindo o universo das relações sociais e familiares.

Paralelo a esses aspectos, acrescentam-se os problemas decorrentes do contato com a violência e a criminalidade. O uso

¹Depoimento colhido de um policial em atendimento psicológico, com divulgação autorizada.

permanente da arma de fogo, o risco real de serem feridos ou mortos ao serem identificados em determinados espaços sociais e o de sua família ser atingida como represália a algum procedimento realizado no exercício de sua função são fontes de tensão à saúde e contribuem para o isolamento social. Suportes sociais efetivos, ou seja, ambientes ou redes sociais de apoio, proteção e até mesmo contensão de fontes geradoras de desconforto são considerados fatores importantes para a manutenção da saúde global de policiais (Andrade, Souza & Minayo, 2009).

Partindo do pressuposto de que todo trabalho contém riscos e podem contribuir para processos de adoecimentos (Cruz, 2010), os policiais, tendo em vista a natureza da atividade ocupacional, apresentam fatores considerados importantes nesse aspecto. Além dos riscos potenciais do exercício da função policial, é importante considerar a qualidade das condições e da organização do trabalho nas organizações policiais.

O vínculo entre trabalho e condições psicológicas dos trabalhadores é um assunto que tem se tornado mais visível nas pesquisas acadêmicas nas duas últimas décadas, embora ainda com algumas dificuldades para definir o nexo entre ambos (Glina, Rocha, Batista & Mendonça, 2001; Jaques, 2007). No Brasil, há contribuições específicas sobre a prevalência de transtornos mentais em diferentes ocupações, cujas consequências, nos planos pessoal, profissional, familiar e social, reiteram a necessidade de identificação precoce dos processos de adoecimento psicológico para orientar intervenções individuais e coletivas (Fortes, 2008; Iacoponi, 1997). Em Santa Catarina, estudo realizado por Campos e Cruz (2007) demonstrou a prevalência² de Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) em servidores públicos das Secretarias de Educação, Segurança Pública e Administração. Os resultados revelaram uma associação entre saúde e trabalho, especialmente em relação às condições e organização de trabalho, relações sociais, exigências dos postos de trabalho e desmandos da alternância de poder.

A prevalência de transtornos mentais em policiais indica a necessidade de maior atenção às suas condições laborais na medida em que os agravos à saúde relacionados à ocupação funcional incapacitam parcial ou totalmente os trabalhadores, restringindo sua autonomia e capacidade produtiva (Cruz, 2010). Considerar a relação da doença clínica apresentada e o trabalho atual ou progresso possibilita, além de

² Prevalência: número de pessoas que, em uma população definida, tem uma doença ou condição específica em um determinado ponto do tempo (Medronho, Luiz & Werneck, 2008).

um diagnóstico e uma terapêutica eficientes, ações de prevenção e promoção de saúde.

Quando o policial começa a apresentar sinais de adoecimento, muitas vezes já apresenta sérias dificuldades para lidar com as tensões diárias nas delegacias e nas ações operacionais de investigação. Em contrapartida, pesquisadores demonstraram que o suporte social de pessoas significativas pode representar um papel importante frente às situações de tensão (Seidl, Trócoli & Zanon, 2001). Savoia (1999) considera o suporte social como um fator que reduz os riscos do impacto de eventos estressores, influenciando na percepção da ameaça à saúde, bem como no desenvolvimento do curso de um transtorno como resposta aos eventos estressores. O suporte social constitui, nesse sentido, uma dimensão importante da experiência individual, da manutenção de bem-estar e proteção frente a tensões cotidianas, da demonstração de habilidades de gerenciamento da saúde, incluindo os hábitos de cuidado e a capacidade de adaptação em uma crise (Sluski, 1997).

São as redes de relações, das quais depreendem os suportes sociais e familiares, a que se recorrem primordialmente em busca de amparo e proteção e são as que testemunham as situações de crise propriamente ditas (Zuma, 2004). Ornelas (2008) diferencia rede social e suporte social, considerando que este último é a qualidade das relações estabelecidas na rede social no sentido de apoio a situações de crise e acrescenta que o importante é ter com quem contar e para quem contar. Isso indica que a percepção do policial quanto à qualidade do suporte social construído durante sua vida é um fator importante inclusive para a percepção de segurança emocional e compromisso nas relações (Guest & Biasini, 2001).

A relação entre características de trabalho policial, a prevalência de transtornos mentais de nexos ocupacional e a qualidade do suporte social e familiar instigam reflexões sobre o grau de associação entre eles e, ao mesmo tempo, chama a atenção para a necessidade de construção de políticas e programas de atenção à saúde aos trabalhadores das organizações policiais. Esses aspectos são importantes lacunas na produção do conhecimento e investigá-los representa uma contribuição efetiva a ampliação dos achados científicos nesse âmbito. Nessa direção, decorre a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a relação entre prevalência de transtornos mentais e percepção de suporte familiar em policiais civis?

Este estudo se insere na área de concentração Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico do Programa de

Pós-Graduação em Psicologia da UFSC e, especificamente, na Linha de pesquisa Medida e Avaliação de Fenômenos Psicológicos. Tem por expectativa contribuir na investigação dos processos de saúde no trabalho, em uma categoria específica de profissionais, neste caso policial civis, com base em achados teórico-metodológicos relevantes e em estudo empírico sobre a relação entre prevalência de transtornos mentais e comportamentais e percepção de suporte familiar por parte dos policiais e membros de sua família. Os resultados deste estudo poderão auxiliar na construção de intervenções de promoção e proteção da saúde dos policiais civis, gerando melhor qualidade de vida para esses profissionais e uma economia aos cofres públicos, na medida em que programas voltados à saúde do trabalhador reduzem o número de afastamentos do trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência de Transtorno Mental e Comportamental (TMC) e percepção do suporte familiar em policiais civis de Santa Catarina.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Examinar a prevalência de diagnósticos de TMC em policiais civis afastados do trabalho em Licença para Tratamento de Saúde (LTS) no período 2009-2010;
- b) Caracterizar as dimensões do suporte familiar no âmbito da investigação da relação saúde-trabalho do policial civil.

3. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM POLICIAIS E A IMPORTÂNCIA DO SUPPORTO FAMILIAR E SOCIAL

Os estudos sobre doenças ocupacionais focalizam, via de regra, os prejuízos econômicos e sociais diretos e indiretos, a duração da incapacidade dos trabalhadores e os impactos sobre a capacidade do Estado e da iniciativa privada em dispor de meios para conter os fatores de riscos ocupacionais e a prevenção de acidentes no trabalho (Cruz, 2010; Sardá, Ruiz & Kirtsching, 2009). Estudos sobre prevalência de TMC demonstram sua relação com os fatores incapacitantes relacionados ao trabalho, sendo necessário que se identifique os aspectos sócio-psicológicos intervenientes e potencializadores da instalação e manutenção dos processos incapacitantes, sejam eles parciais, temporários ou permanentes (Broadhead, Blazer, George & Tse, 1990; Druss, Rosenheck & Stedje, 2000; Elinson, Houck, Marcus & Pincus, 2004; Siano, Ribeiro, Santiago & Ribeiro, 2008; Viguera, 2002).

A importância do apoio social e familiar também tem sido demonstrada nos estudos sobre as consequências das doenças ocupacionais para a vida do trabalhador. No caso do policial, o estudo de Berg, Hem, Lau and Ekeberg (2006) assinala que a pressão do trabalho juntamente com a falta de apoio institucional estão mais associados a problemas subjetivos de saúde e a sintomas de ansiedade graves do que a tarefas operacionais. O valor do apoio social, familiar e institucional para o policial é descrito nas pesquisas de Louw e Viviers (2010) e Souza e Minayo (2005) no sentido de tornar menos traumático tanto o seu afastamento do trabalho para tratamento de saúde quanto o seu retorno às atividades laborais.

A seguir serão apresentados estudos e reflexões sobre o trabalho policial e o adoecimento por TMC e a importância do suporte social e familiar especialmente durante o período em que o policial é afastado do trabalho para tratar de sua saúde com o objetivo de subsidiar e fundamentar esta pesquisa.

3.1. O CONTEXTO DOS ESTUDOS SOBRE TMC RELACIONADOS AO TRABALHO

É consenso, nos documentos das agências internacionais (International Labour Office Geneva, 2000; Organización Internacional del Trabajo, 2001) e nacionais (Brasil, 2004, 2008), a necessidade de formular políticas e operacionalizar ações em saúde do trabalhador visando promover e manter o mais elevado grau de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões e atividades econômicas. Um estudo elaborado pela OIT, intitulado *Mental Health in the Workplace (2000)*, reconhece que para o século XXI, o trabalho estará se convertendo em um fator determinante e gerador de quadros neuróticos e desestabilizadores da saúde mental. Dentre os quadros mais comuns e incapacitantes de adoecimento relacionados ao trabalho, destacam-se os transtornos de adaptação, associados a quadros de ansiedade, estresse crônico e fadiga patológica, além dos transtornos de angústia e depressivos (OIT, 2001; Stansfeld & Candy, 2006).

Diferentes quadros de TMC têm sido qualificados como motivadores de afastamento do trabalho por meio de Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) e de benefícios previdenciários. Estudo realizado no INSS de Porto Alegre aponta os TMC como diagnósticos mais freqüentes entre trabalhadores que receberam benefício nos últimos dez anos, juntamente com as doenças osteomusculares e as doenças cardiovasculares (Boff, Leite & Azambuja, 2002). Dados similares foram encontrados no estudo de Siano *et al.* (2008) que, com base na análise de dados oriundos das perícias médicas do INSS, em Juiz de Fora, observaram que os TMC foram a terceira razão de incapacidade presumida entre julho de 2004 e dezembro de 2006. Em estudo com servidores públicos no estado de Santa Catarina, Campos e Cruz (2007) observaram que transtornos psicológicos foram a principal causa de afastamentos do trabalho entre os anos 2001-2005, seguidos por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (grupo M da CID-10³) e as doenças do aparelho circulatório (grupo I da CID-10).

O adoecimento por TMC (grupo F da CID-10⁴) e o consequente afastamento de trabalhadores, não é uma realidade que se restringe ao

³ CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), revista periodicamente, estando atualmente em sua 10ª revisão. É utilizada para estudos epidemiológicos gerais e para avaliação de assistência à saúde.

⁴ ANEXO 5

Brasil. Estudos em outros países demonstram que um número significativo de pessoas abandona seus empregos em decorrência de problemas de saúde mental. Além disso, nos afastamentos do trabalho por problemas musculoesqueléticos, o adoecimento psicológico é responsável por uma significativa parte dos problemas orgânicos apresentados nestes quadros diagnósticos (Browsers, Terluin, Tiemens, & Verhaak, 2009). Pesquisas realizadas em países nórdicos referem que, aproximadamente, um terço dos trabalhadores que recebem benefícios por incapacidade o fazem devido a problemas de saúde mental, a maior parte pelos denominados transtornos menores, incluindo o estresse (Browsers *et al.*, 2009). Roelen, Koopmans, Anema e van der Beek (2010), ao estudarem o afastamento do trabalho em uma empresa pública na Alemanha, no período compreendido entre 2001 a 2007, relatam que os transtornos mentais são a segunda causa de afastamento, logo atrás dos distúrbios musculoesqueléticos. Esses dois grupos de diagnóstico foram responsáveis por 58% dos afastamentos por adoecimento em trabalhadores com baixa qualificação e pouco tempo de serviço.

Se os TMC são apontados pelos estudos entre os diagnósticos mais comuns, cabe lembrar que, em grande parte, estes não são notificados ou não aparecem como diagnóstico principal já que podem estar associados a outros tipos de acometimento, como as doenças osteomusculares, que podem gerar adoecimento psicológico, principalmente depressão (Sardá Jr, Kupek, Cruz, Bartilotti e Cherem, 2009). Portanto, a incidência de TMCs pode ser maior do que a indicada já que nem sempre constam nos dados por não serem reconhecidos como causa principal do afastamento laboral. Outro fator considerado importante é a condição de afastamento do trabalho no processo de agravamento da incapacidade.

O sofrimento psicológico decorrente da condição de estar afastado e incapacitado parcialmente para o trabalho foi observado em pesquisas de diferentes contribuições teórico-metodológicas (Hoefel, Jacques, Amazarray, Mendes & Netz, 2006; Matsuo, 2002; Ramos, Tittoni & Nardi, 2008; Rosin-Pinola, Silva & Garbulho, 2004; Sardá Jr, Kupek, & Cruz, 2009; Sato, Lacaz & Bernardo, 2006; Takahashi, 2003). A situação de afastamento do trabalho traz sofrimento e desestabiliza os trabalhadores, já que o trabalho é um fator central na vida do indivíduo e no estabelecimento dos modos de viver (Ramos *et al.*, 2008).

3.2. O CONTEXTO DOS ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE TMC RELACIONADOS AO TRABALHO POLICIAL

Nesta pesquisa foram sistematizadas informações científicas sobre a saúde mental dos policiais brasileiros e sua relação com o trabalho, no período compreendido entre 2001 e 2011. Foi realizado um levantamento em periódicos disponíveis em bases de dados nacionais (SciELO, PePsic, BVS-Psi) e internacionais (Lilacs, PsycINFO) e demais portais de acesso livre a publicações acadêmicas de artigos, a fim de obter contribuições científicas neste âmbito relativas aos últimos 10 anos.

Os descritores utilizados para a sistematização do conhecimento disponível sobre o assunto foram dispostos de forma combinada e em língua portuguesa e inglesa: estresse, saúde mental, transtornos mentais, policial, *stress, mental health, mental disorders, policeman*. Os critérios de inclusão para a revisão de literatura foram: 1) ter como foco principal a saúde dos policiais civis, militares e guardas municipais; 2) estudos realizados no Brasil de 2001 a 2011 e; 3) não aparecer de forma repetida.

A literatura científica brasileira que trata de indicadores de prevalência de TMC em policiais e sua relação com o trabalho é escassa. Alguns autores compreendem que essa escassez é decorrente de uma tradição de estudos em saúde do trabalhador vinculada acentuadamente a setores industriais e de serviços, com contribuições recentes no âmbito dos servidores públicos e sindicatos (Ferreira, Augusto & Silva, 2008; Souza & Minayo, 2005).

Outra hipótese referida é a possível distância histórica entre os intelectuais e os profissionais da segurança, como consequência dos anos de ditadura militar vividos no país, colocando-os em espaços completamente antagônicos. Segundo Amador, Santorum, Cunha, e Braum (2002), esse tema passou a ocupar lugar de destaque nos estudos acadêmicos depois que a discussão sobre as práticas da polícia, dentre outros assuntos, pode sair do silêncio a que estavam condenados com a ditadura. O resultado é que somente a partir dos anos 1990, o setor segurança pública passou a ser considerado objeto das ciências sociais e humanas.

Os estudos brasileiros sobre a saúde mental do policial publicados em revistas *on line*, somam-se 29 artigos e apenas um está publicado em língua inglesa (Costa, Cunha, Yonamine, Pucci, Oliveira, Souza, Mesquita, Vieira, Vinhal, Dalastra, & Leles, 2010). Dentre os estudos, 11 versam especificamente sobre o estresse indicando que

41,4% do total de estudos encontrados (n=29) focam na abordagem do estresse como importante fonte de agravo à saúde do policial. Desses, cinco pesquisaram a prevalência de sintomas, de função e gênero utilizando o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) empregado para medir o nível de estresse global, cuja ênfase é a sintomatologia do estresse e os resultados interpretados com base em análise descritiva simples (Carvalho, Carvalho, Lucena, Coelho & Araújo, 2008; Costa, Accioly & Maia, 2007; Dantas, Brito, Rodrigues & Maciente, 2010; Oliveira & Bardagi, 2010; Rosseti, Ehlers, Guntert, Leme, Rabelo, Tosi, Pacanaro & Barrionuevo, 2008).

Outros seis artigos sobre estresse abordaram-no a partir dos fatores estressores, *coping*: estresse e qualidade de vida, estresse e gênero, estresse e atividade física, inteligência emocional (Coleta & Coleta, 2008; Moraes, Pereira, Lopes, Rocha & Ferreira, 2001; Moraes, Pereira & Souza, 2001; Muniz, Primi & Miguel, 2007; Portela & Bughay Filho, 2007; Silva & Heloani, 2007). Segundo Derenusson e Jablonski (2010), Ferreira *et al.* (2008) e Souza e Minayo (2005), esse panorama não difere dos estudos em língua estrangeira que se ocupam mais em estudos sobre o estresse do que em outros quadros diagnósticos quando o assunto é o policial.

As pesquisas que tratam da saúde mental apresentam temas diversos que giram em torno da organização e condições de trabalho, relações interpessoais no trabalho, inerência do risco na profissão, estresse, imagem social do policial e o impacto do trabalho nas relações sociais e familiares descritos na tabela 1.

Tabela 1. Estudos sobre a saúde mental dos policiais de 2001 a 2011.

| <i>Focos temáticos</i> | <i>Autores</i> | <i>Ano</i> |
|--|------------------------|------------|
| 1. Estresse e qualidade de vida | Moraes <i>et al.</i> | 2001 |
| 2. Estresse, gênero e qualidade de vida | Moraes <i>et al.</i> | 2001 |
| 3. Saúde mental | Amador <i>et al.</i> | 2002 |
| 4. <i>Burnout</i> | Silveira <i>et al.</i> | 2005 |
| 5. Policiais e violência | Anchieta e Galinkin | 2005 |
| 6. O risco na profissão policial | Souza e Minayo | 2005 |
| 7. Saúde mental | Spode e Merlo | 2006 |
| 8. Estresse e atividade física | Portela e Bughay Filho | 2007 |
| 9. Estresse e inteligência emocional | Muniz <i>et al.</i> | 2007 |
| 10. Estresse em jornalistas e guardas municipais | Silva e Heloani | 2007 |
| 11. Estresse em policiais militares | Costa <i>et al.</i> | 2007 |
| 12. Riscos e vitimização | Minayo <i>et al.</i> | 2007 |
| 13. Sofrimento psíquico e gênero | Souza <i>et al.</i> | 2007 |
| 14. Saúde mental | Chaves <i>et al.</i> | 2007 |
| 15. Fatores de estresse e coping | Coleta e Coleta | 2008 |
| 16. Estresse em policiais federais | Rosseti <i>et al.</i> | 2008 |
| 17. Estresse e bruxismo | Carvalho <i>et al.</i> | 2008 |
| 18. Saúde mental e subjetividade | Baierle e Merlo | 2008 |
| 19. Saúde mental e processo de trabalho | Silva e Vieira | 2008 |
| 20. Condições de trabalho e saúde | Ferreira <i>et al.</i> | 2008 |
| 21. Trabalho e gênero | Silva <i>et al.</i> | 2009 |
| 22. Auto estima e qualidade de vida | Andrade <i>et al.</i> | 2009 |
| 23. Estresse e suporte social | Silva | 2009 |
| 24. Drogas | Costa <i>et al.</i> | 2010 |
| 25. Relações familiares | Derenusson e Jablonski | 2010 |
| 26. Saúde mental | Oliveira e Santos | 2010 |
| 27. Estresse em policiais militares | Dantas <i>et al.</i> | 2010 |
| 28. Estresse e comprometimento profissional | Oliveira e Bardagi | 2010 |
| 29. Saúde física e mental | Minayo <i>et al.</i> | 2011 |

Os estudos foram analisados a partir de dois enfoques, quais sejam, a) evidências empíricas e b) tendências teórico-metodológicas, com o objetivo de delinear o panorama das pesquisas sobre o tema e as lacunas teóricas e metodológicas para realização de futuros trabalhos.

a) Saúde mental e trabalho policial: evidências empíricas

As evidências empíricas indicam que a profissão de policial necessita de maior atenção dos pesquisadores, pois todos os estudos revisados concordam em se tratar de uma profissão que apresenta rotinas ocupacionais estressoras. Dados sobre a prevalência do estresse utilizando o instrumento ISSL (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos) demonstraram que o nível de estresse máximo encontrado foi de 57,3% (n=75), na pesquisa de Oliveira e Bardagi (2010) e o mínimo de 32% (n=238) no estudo de Silva (2009).

Costa *et al.* (2007), ao pesquisarem a Companhia de Choque e o Comando de Policiamento Rodoviário Estadual, identificaram que esses apresentaram os maiores percentuais de policiais sem estresse (77,8% e 60,5%, respectivamente). O entendimento dos autores é que esses resultados podem estar ligados ao fato de a Companhia de Choque receber treinamento para enfrentar situações de extrema tensão. No caso do grupo de policiamento rodoviário, sabe-se que a fiscalização e a orientação do trânsito no estado, antes função desse comando, passaram a ser municipalizados a partir do ano 2000, o que pode ter diminuído a intensidade das situações estressoras para esses profissionais.

Os sintomas psicológicos predominaram em relação aos sintomas físicos e os mais encontrados foram nervosismo, irritabilidade sem causa aparente, perda de senso de humor, conformismo, apatia, agressividade. Já, os sintomas físicos mais presentes são: mãos e pés frios, excessiva sudorese, dores de cabeça, tensão muscular, insônia, cansaço permanente, flatulência, falta de memória e doenças dermatológicas (Costa *et al.*, 2007; Rosseti *et al.*, 2008, Dantas *et al.*, 2010). Os sintomas físicos relatados no estudo de Minayo, Assis e Oliveira (2011) foram sobrepeso e obesidade, elevados níveis de colesterol, dores no pescoço, nas costas ou coluna, problemas de visão, dores de cabeça e enxaqueca.

O nível de estresse em policiais do sexo feminino foi mais elevado do que o encontrado no sexo masculino nos estudos de Costa *et al.* (2007), Carvalho *et al.* (2008), Dantas *et al.* (2010), Moraes *et al.* (2001), Oliveira e Bardagi (2010), Rosseti *et al.* (2008) e Silva *et al.* (2009). Os estudiosos sugerem que isso se deva à dupla jornada de

trabalho, às obrigações domésticas, às características fisiológicas e psicológicas específicas e à tendência de apresentar maior número de fontes de estresse por conta de sofrerem mais com as relações interpessoais ruins. No estudo de Souza, Franco, Meireles, Ferreira e Santos (2007) as policiais apresentaram menor nível de estresse, mas revelaram, entretanto, uma percepção maior sobre este.

A presença de bruxismo e sua relação com estresse não foi estatisticamente significativa comparando a função operacional com a administrativa dentro da instituição policial (Carvalho *et al.*, 2008). Segundo os autores, esses resultados podem indicar que os policiais consideram os aspectos administrativos e burocráticos tão estressantes quanto os perigos inerentes ao trabalho. Este resultado é corroborado pelos estudos de Costa *et al.* (2007), Dantas *et al.* (2010) e Oliveira e Bardagi (2010). O estudo sobre a *Síndrome de Burnout*⁵ (Silveira, Vasconcellos, Cruz, Kiles, Silva, Castilhos & Gaulert, 2005) evidenciou maior relação da síndrome com fatores organizacionais do que com a atividade operacional do policial.

Foram encontrados na pesquisa de Moraes *et al.* (2001), níveis significativos de estresse entre os membros de todos os níveis hierárquicos. Especialmente em oficiais, os fatores carga de trabalho, inter-relacionamentos, ambiente e clima organizacional apresentaram escore elevado (superior a 3,5 em n=1152). Os mesmos resultados foram demonstrados na pesquisa de Costa *et al.* (2007) destacando que o estresse está presente em todos os níveis hierárquicos, especialmente entre os oficiais superiores e intermediários (55,6%) e em 49,5% dos cabos e soldados.

A cultura organizacional da polícia na medida em que impõe mecanismos disciplinares de vigilância e controle, amplifica as dificuldades para esses profissionais pois dividem o grupo funcional em categorias hierárquicas. Isso produz barreiras para a criação de confiança e cooperação, aspectos fundamentais em se tratando da natureza de risco do trabalho (Spode & Merlo, 2006). As relações sociais entre os policiais, que poderiam proporcionar um espaço de troca de vivências sobre as situações de risco no trabalho, difíceis de administrar, não são estimuladas devido ao formato das relações de trabalho estabelecidas.

⁵ Síndrome com características associadas aos fatores de exaustão e esgotamento como resposta aos estressores laborais crônicos. Distingue-se do estresse porque, segundo os autores, envolve atitudes negativas e condutas prejudiciais aos usuários, clientes, organização e trabalho, ao passo que o estresse é o resultado de uma relação particular entre a pessoa e seu ambiente de trabalho.

O estudo de Moraes *et al.* (2001) revelou elevado escore para a fonte de pressão e carga de trabalho nos policiais pesquisados, sendo que 46,8% (n=1.152) destes, trabalhavam mais de 40 horas semanais. Comparando-se, porém, esse dado com a repercussão da fonte de pressão por carga de trabalho, não foram constatadas diferenças, o que fez com que os autores concluíssem que a maior fonte de pressão não era a carga real de trabalho, mas os sentimentos do indivíduo em relação a ele. Os autores acrescentaram que, estudando a relação entre o motivo pelo qual os indivíduos trabalhavam levando-se em conta o número de horas declarado e as fontes de pressão, aqueles que podiam determinar sua própria carga horária de trabalho eram menos vulneráveis a esse aspecto que os demais. Isso leva a pensar que a autonomia na escolha de fazer trabalho extra para aumentar a renda financeira, minimiza ou disfarça o sentimento de aumento da carga de trabalho.

Os aspectos relativos à organização do trabalho foram responsáveis pela percepção de maior carga de trabalho e pela alta frequência de queixas de saúde e diagnósticos médicos, especialmente distúrbios neuropsíquicos como irritação, fadiga, ansiedade, distúrbios do sono e dores de cabeça no estudo de Ferreira *et al.* (2008). Segundo os autores, 4 a cada 10 policiais não possuem um dia de folga por semana, resultando em uma carga horária semanal de quarenta e quatro horas. Esses dados também estão presentes nos estudos de Souza *et al.* (2007), Souza e Minayo (2005), Spode e Merlo (2006) e Chaves, Costa e Alves (2007). Pesquisas sobre o policial referem a sobrecarga de trabalho associada a extensão dos plantões e alertam sobre a urgência de medidas de gerenciamento dos problemas decorrentes do cotidiano vivido pelos policiais, sob pena da manutenção de um estado permanente de desequilíbrio social (Minayo & Souza, 2003; Andrade *et al.*, 2009; Anchieta & Galinkin, 2005).

Alguns estudos destacam que, acrescidas a essas características do trabalho policial, estão as situações de violência com que esses trabalhadores se defrontam cotidianamente. Consideram o fenômeno da violência como um fator preponderante que interfere significativamente na vida pessoal e familiar desses profissionais (Anchieta & Galinkin, 2005, Andrade *et al.*, 2009, Derenusson & Jablonski, 2010, Minayo *et al.*, 2007, Moraes *et al.*, 2001, Souza & Minayo, 2005; Souza *et al.*, 2007). Esse aspecto pode ser reforçado pelos resultados da pesquisa de Minayo *et al.* (2007) que evidenciam os riscos aos quais estão expostos alguns policiais que trabalham como seguranças particulares em seus horários de folga para complementar sua renda salarial. São policiais de nível educacional médio que também apresentaram risco de serem duas

vezes mais violentos do que os de nível superior. A ideia dos autores é que o trabalho intenso, com pouco descanso, tem como resultado policiais mais estressados e com maior risco de ações violentas. Ficam também mais expostos ao risco do que aqueles que passam mais tempo em casa, lendo, descansando ou dormindo.

É importante ressaltar que os policiais portam arma de fogo, inclusive durante seu período de folga, obrigando-os a uma constante administração das situações que podem ser interpretadas como perigosas, às quais estão submetidos por exercício da sua profissão. Spode e Merlo (2006) demonstraram em seu estudo, que mesmo fora do serviço, os policiais permanecem preocupados com o que está acontecendo no ambiente, pois são policiais 24 horas por dia.

O risco percebido atinge tanto o policial de serviço externo quanto o policial que atua nas funções administrativas visto que poderá ser transferido para funções operacionais a qualquer momento em decorrência da determinação superior ou demandas de segurança (Minayo *et al.*, 2007). Por isso, os estudos que compararam as funções administrativas e operacionais concluíram que não houve diferenças nos resultados (Anchieta & Galinkin, 2005; Costa *et al.*, 2010; Minayo *et al.*, 2007; Spode & Merlo, 2006).

Os motivos de adoecimento se referem à alta demanda de trabalho, ao baixo controle sobre o processo de trabalho, ao freqüente contato com o público, às longas jornadas, à insatisfação com a atividade e a remuneração (Coleta & Coleta, 2008). Além das condições de trabalho, as relações com a Justiça a que estão sujeitos os policiais do setor operacional também são citadas como estressoras (Souza *et al.*, 2007).

A investigação de Silva e Vieira (2008) sobre as relações entre a organização do trabalho e a saúde mental dos policiais em ação ostensiva demonstrou que esses profissionais estão no centro de um produto de fatores: característica da organização do trabalho policial, precarização do trabalho e demandas da sociedade atual. Esses fatores combinados, tendo em vista o contexto de baixo controle e prevenção de doenças ocupacionais, resultam em danos à saúde mental dos policiais, podendo contribuir para quadros de alcoolismo, depressão e suicídio.

Pesquisa sobre a percepção da saúde mental e das condições de trabalho nesses profissionais (Oliveira & Santos, 2010) evidenciou que 91,7% dos participantes (n.24), sempre ou às vezes, percebiam-se estressados sendo que 41,7% relataram já ter agido impulsivamente em alguma ocorrência policial. Do total, 88,3% sempre ou às vezes se sentiam emocionalmente cansados após o dia de trabalho e 62,5%

afirmaram que às vezes percebiam-se agressivos no trabalho. Os resultados revelaram também que 20,8% dos policiais já pensaram em suicídio, mas apenas 8,3% nunca se sentiam realizados com a profissão.

Costa *et al.* (2010) se dedicaram a avaliar o uso de drogas entre policiais como consequência do trabalho e como um possível indicador de adoecimento. A pesquisa demonstrou alta prevalência de uso de drogas psicotrópicas na polícia militar de dois municípios do Brasil, mas não comprovou a diferença desse resultado em relação a outros estudos. Somente em relação ao uso de ansiolíticos é que houve maior prevalência para a população policial estudada.

Minayo *et al.* (2007) estudaram a imagem social da profissão. Os autores enfatizaram a relação entre o aumento da violência e a imagem negativa que a população brasileira tem da polícia e o quanto esse aspecto contribui para o seu retraimento social. Muitas vezes, a identidade profissional é mantida em sigilo para minimizar riscos para si e para a própria família. As mudanças de hábitos promovidas pela identidade profissional torna os policiais mais atentos nos ambientes em que estão presentes, expressando comportamento permanente de desconfiança nas relações sociais. Em consequência, apresenta um estilo de vida socialmente diferente, decorrente do sentimento de insegurança invadindo sua vida pessoal. A rede social apresenta-se diminuída em função do isolamento ao qual acaba se submetendo devido às características profissionais (Minayo *et al.*, 2011).

A família do policial, de acordo com Derenusson e Jablonski (2010), igualmente sofre o impacto do trabalho policial, especialmente as famílias de policiais que trabalham em serviço externo e as de policiais com maior tempo de serviço. Entretanto, paradoxalmente, ao lado do risco percebido pelos familiares desses trabalhadores, se impõe a imagem idealizada do policial que atua na atividade externa em relação ao policial que atua no ambiente interno da instituição (setor administrativo). Dessa forma, não só o policial, mas a família também apresenta sentimentos de satisfação por ter um membro exercendo a função policial no serviço externo.

A partir disto, pode-se hipotetizar que, mesmo com todas as frustrações, os policiais e familiares mantêm uma visão idealizada da sua função social, considerada por eles como uma missão que exige heroísmo, abnegação e renúncia. Mas, esses trabalhadores também enfrentam a reação paradoxal da sociedade em relação à expectativa sobre o exercício de sua função, corroborada por pesquisas que indicam que a mesma sociedade que critica a violência das ações policiais espera ao mesmo tempo, em determinadas situações, maior agressividade no

combate ao crime (Anchieta & Galinkin, 2005, Derenusson & Jablonski, 2010, Moraes *et al.*, 2001).

Nesse contexto, o policial acaba por reagir, isolando-se. A pesquisa de Coleta e Coleta (2008) sobre os fatores estressores e as estratégias de enfrentamento (*coping*)⁶ em policiais, encontrou com maior frequência comportamentos como isolar-se, não conversar sobre assuntos de trabalho com a família e separar a vida profissional da familiar. Esse resultado contradiz o estudo de Moraes *et al.* (2001) que relata que o enfrentamento do estresse por parte dos policiais é realizado por meio de apoio social e planejamento do trabalho. O aspecto planejamento do trabalho apareceu mais significativamente nos cargos de comando e o de apoio social e parece ser reforçado pelo fato de trabalhadores casados apresentarem menor nível de estresse do que os solteiros. A importância do suporte social para os policiais nas relações de trabalho foi citada nos estudos de Baierle e Merlo (2008), Ferreira *et al.* (2008), Andrade *et al.* (2009) e Silva (2009). Esses estudos demonstraram o papel do suporte social como um espaço de troca sobre as vivências do trabalho consideradas estressantes.

Por fim, além de melhorias nas condições e organização do trabalho para favorecer a saúde mental dos policiais, Andrade *et al.* (2009), propõem a realização de oficinas com temáticas diversas relacionadas à melhor qualidade de vida dos policiais. O objetivo é proporcionar um espaço para trocas sobre as vivências e os problemas enfrentados no seu cotidiano, estimulando as relações sociais entre eles. Silva (2009) indica essa mesma direção, mas enfatiza a importância desses espaços desde a formação desse profissional. Segundo este autor, uma formação fundamentada em espaços de escuta sobre o cotidiano de trabalho do policial é imprescindível para a saúde mental e para o desenvolvimento profissional e organizacional das instituições policiais.

b) Tendências teórico-metodológicas dos estudos sobre saúde mental e trabalho policial

Os estudos revisados nesta pesquisa apresentam diferentes tendências teórico-metodológicas. Silva e Heloani (2007) mencionam essa questão, apresentando as dificuldades de classificação dessas tendências. Como o objetivo desse estudo não é estabelecer uma

⁶ As estratégias de enfrentamento servem para o indivíduo se adaptar ou reagir ativa ou defensivamente às diversas situações vividas e são determinados por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis (Coleta & Coleta, 2008).

discussão aprofundada nesse sentido apresenta-se somente um quadro elencando os instrumentos e métodos utilizados nos estudos sobre a saúde mental e o trabalho policial a fim de oferecer um panorama para futuras pesquisas.

Para a realização do estudo sobre as tendências teórico-metodológicas utilizou-se a classificação apresentada por Jacques (2003). Em seu artigo, a autora compila estudos sobre a saúde mental dos trabalhadores agrupando-os e classificando-os em quatro abordagens, quais sejam as de base epidemiológica e/ou diagnóstica, a psicodinâmica do trabalho, os estudos baseados nas teorias sobre estresse e os estudos em subjetividade e trabalho.

A abordagem epidemiológica e/ou diagnóstica, inicialmente voltada ao campo da medicina, tem contribuído no campo das ciências da saúde na investigação das implicações sociais do processo saúde/doença. Um dos objetivos dessa metodologia é detectar quadros psicopatológicos relacionando-os com determinadas categorias sócio-profissionais, utilizando predominantemente métodos quantitativos. No âmbito das relações entre condições de trabalho e saúde, conforme Costa *et al.*, (2010), Ferreiro *et al.*, (2008) e Cruz (2010), há um conjunto de contribuições importantes na construção e validação de instrumentos de medida na investigação das repercussões do trabalho na saúde mental dos trabalhadores, seja por meio de escalas, protocolos de observação, análise de tarefas e entrevistas de aprofundamento.

O modelo teórico-metodológico psicodinâmico é referido em trabalhos científicos baseados em pesquisa-ação, fundamentados na chamada abordagem compreensiva na qual a fala do pesquisando é considerado o mediador privilegiado. O objetivo do estudo em saúde mental, nesta perspectiva, não é retratar o que adoecce ou causa sofrimento, mas proporcionar a vivência desse sofrimento no intuito de que essa ação desvende a sua relação com o trabalho e possa transformar/elaborar o sofrimento daí decorrente de forma a compreender o que gera sofrimento e o que gera prazer na relação com a organização do trabalho. Alguns artigos estudados citam Dejours na sua fundamentação teórica, mas somente o estudo de Amador, *et al.* (2002) é que se auto-denomina psicodinâmico, propondo inclusive que essa seria a metodologia mais adequada para a pesquisa em policiais.

Os estudos cujo enfoque teórico foi o modelo cognitivo-comportamental fundamentam o extenso campo das teorias sobre estresse psicológico. A ênfase dos estudos, dentro desse campo teórico, incide em metodologias quantitativas para a avaliação do estresse, dos fatores estressores ou das estratégias de enfrentamento sendo que o

trabalho é o fator desencadeante do processo de adoecimento com maior ou menor grau de relevância. Os programas propostos não estão focalizados nas condições e organização de trabalho, mas sim em ações de prevenção e intervenção focadas no gerenciamento individual do estresse, atividade física e relaxamento e programas de qualidade de vida no trabalho (QVT). Nenhum dos estudos sobre estresse se auto-denominou cognitivo-comportamental e seria precipitado fazer inferências tão sérias a respeito de um trabalho apenas com informações contidas em um artigo, mas especialmente os estudos de Costa *et al.* (2007) e Rosseti *et al.* (2008) indicam esse caminho teórico metodológico.

As pesquisas focadas na temática subjetividade e trabalho compreendem o sujeito trabalhador a partir de suas experiências e vivências adquiridas no mundo do trabalho. A ênfase é em abordagens qualitativas com a utilização de técnicas de observação, entrevistas individuais e coletivas, análises documentais, privilegiando as vivências, o cotidiano e os modos de ser. Distanciam-se dos diagnósticos psicopatológicos, valorizando as experiências dos trabalhadores em processo de adoecimento associados ao trabalho. Nenhum estudo se auto-denominou sob essa perspectiva teórico metodológica, entretanto Baierle e Merlo (2008), além de adotarem uma metodologia de pesquisa condizente, sugerem no título do estudo, “Saúde mental e subjetividade no trabalho”, esse percurso teórico-metodológico.

A partir desses parâmetros teóricos, apresenta-se uma descrição dos caminhos teóricos e metodológicos dos artigos estudados (Tabela 2). Não há a pretensão de classificá-los a partir das tendências propostas por Jacques (2003), mas demonstrar as metodologias utilizadas nas pesquisas em policiais, no intuito de apontar lacunas teórico-metodológicas para novas pesquisas na área.

Tabela 2. Tendências teórico-metodológicas sobre saúde mental dos policiais entre 2001 a 2011.

| <i>Autores</i> | <i>Aspectos teórico-metodológicos</i> |
|-------------------------------|--|
| Amador <i>et al.</i> , 2002 | Relação trabalho/saúde policial. Pesquisa-ação baseado na teoria de Dejours como a forma mais eficiente para essa população. |
| Silveira <i>et al.</i> , 2005 | Estudo transversal, utilizando o <i>Maslach Burnout Inventory</i> , comparando os setores de trabalho administrativo e operacional. |
| Anchieta e Galinkin, 2005 | Pesquisa qualitativa com entrevista semi-estruturada em grupo focal. Utiliza a Teoria das Representações Sociais. |
| Souza e Minayo, 2005 | Estudo documental de dados primários sobre morbimortalidade por acidentes e violências associadas ao trabalho policial. |
| Spode e Merlo, 2006 | Pesquisa documental, acompanhamento do cotidiano de trabalho e entrevistas, baseado na teoria de Dejours e na Ergonomia do Trabalho. |
| Minayo <i>et al.</i> , 2007 | Triangulação de métodos: técnicas quantitativas (Escala de apoio social, SRQ-20 e Qualidade de Vida) e qualitativas (entrevista semi-estruturada individual e em grupo focal, e observação de campo) |
| Souza <i>et al.</i> , 2007 | Triangulação de métodos: técnicas quantitativas (Escala de apoio social, SRQ-20 e Qualidade de Vida) e qualitativas (grupo focal, entrevista semi-estruturada individual e observação de campo). |
| Chaves <i>et al.</i> , 2007 | Levantamento de dados por meio de um questionário auto-respondido: dados pessoais, questões gerais sobre o trabalho, estado geral de saúde e atividades exercidas fora do ambiente de trabalho, realizado em duas turmas de formação da Academia de Polícia. |
| Baierle e Merlo, 2008 | Encontros com grupos de trabalhadores baseado na teoria sobre subjetividade e trabalho. |
| Silva e Vieira, 2008 | Pesquisa qualitativa: observação do processo de trabalho, pesquisa documental e entrevistas individuais e coletivas. Baseado na teoria de Dejours e na Ergonomia do Trabalho. |
| Ferreira <i>et al.</i> , 2008 | Estudo quantitativo: questionário auto-respondido, baseado na Epidemiologia. |
| Silva <i>et al.</i> , 2009 | Releitura de pesquisas realizadas pelos autores, baseadas na teoria de Dejours |
| Andrade <i>et al.</i> , 2009 | Pesquisa ação baseada na teoria de Dejours |

| <i>Autores</i> | <i>Aspectos teórico-metodológicos</i> |
|-------------------------------|---|
| Costa <i>et al.</i> , 2010 | Estudo quantitativo: questionário do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Baseado na Epidemiologia. |
| Derenusson e Jablonski, 2010 | Estudo quantitativo: questionário auto-respondido. Baseado em outras pesquisas realizadas na população policial e nas experiências profissionais do autor. |
| Oliveira e Santos, 2010 | Levantamento de dados por meio de uma escala auto-respondida desenvolvida pelas autoras. Baseado em outras pesquisas realizadas na população policial. |
| Minayo <i>et al.</i> , 2011 | Triangulação de métodos: técnicas quantitativas (questionário auto-preenchido e SRQ-20) e qualitativas (grupo focal, entrevista semi-estruturada e observação de campo). |
| Moraes <i>et al.</i> , 2001 | Utilização de dois instrumentos adaptados pelo autor, entrevistas semi-estruturadas e análise documental. Baseado em teorias sobre qualidade de vida e estresse. |
| Moraes <i>et al.</i> , 2001 | Utilização de dois instrumentos adaptados pelo autor, entrevistas semi-estruturadas e análise documental. Baseado nas teorias sobre qualidade de vida e estresse. |
| Costa <i>et al.</i> , 2007 | Utilização do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). Baseado nas teorias de estresse. |
| Portela e Bughay Filho, 2007 | Utilização de um questionário com questões abertas, fechadas e mistas. Baseado nas teorias de estresse. |
| Muniz <i>et al.</i> , 2007 | Baseado nas teorias de estresse e inteligência emocional. Utilizou o ISSL e o MSCEI (inteligência emocional). |
| Silva e Heloani, 2007 | Análise comparativa entre duas pesquisas realizadas pelos autores. Crítica a teoria biologizante do estresse e indica a teoria de Dejours como a mais indicada para compreender o tema. |
| Coleta e Coleta, 2008 | Utilização de entrevista com roteiro semi-estruturado. Baseada em estudos sobre estresse e <i>coping</i> . |
| Rosseti <i>et al.</i> , 2008 | Utilização do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). Baseado nas teorias de estresse. |
| Carvalho <i>et al.</i> , 2008 | Utilização do ISSL. Baseado nas teorias de estresse. |
| Silva, 2009 | Entrevistas grupais semi-estruturadas, questionário sobre estresse e fatores estressores, baseado na teoria de Dejours. |
| Dantas <i>et al.</i> , 2010 | Utilização do ISSL, baseado nas teorias de estresse. |
| Oliveira e Bardagi, 2010 | Utilização de questionário sócio-demográfico, escala de Comprometimento de Carreira e o ISSL, baseado nas teorias de estresse. |

Observa-se, na Tabela 2, uma variedade de teorias e métodos utilizados nas pesquisas sobre saúde mental e trabalho policial. Nos estudos sobre o estresse, Lipp, reconhecida pesquisadora brasileira neste tema, foi a mais citada e o instrumento ISSL de sua autoria, utilizado em seis pesquisas. Entretanto, há uma crítica, especialmente pelos autores de tendência dejouriana, quanto à forma como aborda o tema, considerada biologicista, focada nos sinais e sintomas do estresse, sem atentar para outros fatores relacionados.

O destaque são os estudos que utilizam a teoria de Dejours mencionada tanto naqueles que versam sobre saúde mental em geral (6 estudos) como nos estudos sobre estresse (2 estudos). As pesquisas dão ênfase a entrevistas individuais e grupais, baseadas em pesquisa-ação, num discurso a favor da escuta dos policiais antes de qualquer proposta de intervenção na sua saúde. Dois desses estudos (Spode & Merlo, 2006; Silva & Vieira, 2008) acrescentaram aspectos teóricos da Ergonomia na sua estruturação teórica.

Os estudos de Ferreira *et al.* (2008) e Costa *et al.* (2010) se auto-classificaram epidemiológicos. Ambos apresentaram dados quantitativos de prevalência do fenômeno estudado e utilizaram um questionário auto-respondido. O estudo de Costa *et al.* (2010), aplicou, em sua amostra, o questionário do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

Observa-se que cinco pesquisas foram desenvolvidas com a participação de Minayo (Souza & Minayo, 2005; Minayo *et al.*, 2007; Souza *et al.*, 2007; Andrade *et al.*, 2009; Minayo *et al.*, 2011) seja como autora principal ou co-autora. Nesses estudos define uma forma de pensar sobre a saúde mental do policial e de fazer pesquisa, utilizando a chamada triangulação de métodos, empregando técnicas quantitativas e qualitativas no âmbito individual e coletivo.

Algumas pesquisas embasaram seu caminho teórico-metodológico a partir da revisão de estudos sobre o tema e da lacuna deflagrada pela pesquisa de literatura e não a partir de um autor ou linha teórico-metodológica específica. Nesses casos, a construção da teoria se deu a partir dos resultados da pesquisa que corroborou ou não outros estudos sobre o tema. Nota-se que os estudos mais recentes dão maior ênfase às condições e organização do trabalho policial do que à inerência de risco na profissão. A importância da rede social para a saúde do policial e o impacto do trabalho policial na família é apontada, mas poderia receber maior atenção devido à importância demonstrada no resultado dos estudos.

O panorama das perspectivas teórico-metodológicas dos estudos brasileiros sobre a saúde mental dos policiais revela uma diversidade de enfoques teórico-metodológicos sobre o tema. As abordagens estão embasadas em teorias sobre o estresse, a psicodinâmica do trabalho, conceitos epidemiológicos, subjetividade e trabalho e experiências do cotidiano laboral dos autores.

Alguns estudos tratam o agravamento à saúde como um problema do trabalhador, cabendo à instituição a proposição de programas para seu gerenciamento, minimizando suas consequências. Outros estudos demonstram que embora a rotina do policial apresente um nível de estresse considerado inerente à profissão (p.ex. o uso de arma) este não é um fator importante na determinação dos agravos à saúde e sim as questões relativas à organização, condições de trabalho e relações interpessoais no ambiente laboral.

A maioria dos estudos relaciona a saúde mental do policial à carga psicológica diária enfrentada por esses profissionais em função de um contexto atual violento, amplificando a percepção de risco e gerando impactos na saúde do policial e da sua família. Agregado ao risco estão as condições de trabalho que maximizam as dificuldades dos policiais no exercício de sua profissão expressas nos relatos sobre a precariedade das viaturas, dos armamentos e das estratégias de ação nos confrontos diários.

Conclui-se que não é possível pensar que os problemas apresentados por policiais, ao longo do tempo, possam ser atribuídos somente a questões de seleção de pessoal ou ausência de treinamento. Faz-se urgente pensar nos reais problemas de saúde (física e mental) dos policiais e oferecer às instituições da Segurança Pública do país subsídios para a criação de planos de ação que contemplem programas de saúde do policial.

3.3. O CONTEXTO DOS ESTUDOS ESTRANGEIROS SOBRE TMC RELACIONADOS AO TRABALHO POLICIAL

A literatura internacional, assim como os estudos brasileiros sobre policiais, alerta para os poucos estudos sobre essa categoria profissional. Umek and Areh (2008) relatam, sem explicar os motivos, que pesquisas sobre policiais no seu país, a Eslovênia, não eram realizadas há vários anos. Afirmam que o estudo realizado por eles sobre a polícia de Ljubljana, considerada a polícia mais exigente e estressante do país, era inédito.

Os artigos também não apresentam resultados diferentes dos relatados no Brasil. O foco inicial das pesquisas é o estresse inerente à profissão policial considerando o uso de arma de fogo, o enfrentamento diário de situações críticas (morte, acidentes) e o contato com a violência, mas os resultados indicam que a organização e as condições de trabalho das Polícias, os fatores mais estressores na visão dos policiais. Louw and Viviers (2010) destacam a precariedade das condições e organização do trabalho desses profissionais na África do Sul. Berg, Hem, Lau, and Ekeberg, (2006) citam a pressão do trabalho e a falta de apoio aos policiais da Noruega. Collins and Gibbs, (2003) alertam para as questões organizacionais, tais como as demandas de trabalho do policial que incidem sobre a vida familiar, a falta de consulta e de comunicação entre os colegas de trabalho e chefias, a falta de controle sobre a carga de trabalho e o apoio insuficiente ou inadequado por parte da instituição como fatores adocedores. E acrescentam que a cultura organizacional e a carga de trabalho são questões-chave para o estresse do policial. Umek and Areh (2008) descrevem o estresse em policiais eslovenos que são promovidos para funções gerenciais de delegacias sem formação e orientações para a atividade.

Os estudos específicos sobre os problemas de saúde desses trabalhadores nos artigos estrangeiros associam os sintomas ao estresse ocupacional (Collins and Gibbs, 2003; Davey, Obst, and Sheehan, 2000; Kutlu, Çivi, and Karaoğlu, 2008; Neylan, Metzler, Best, Weiss, Fagan, Liberman, Rogers, Vedantham, Brunet, Lipsey, and Marmar, 2002). O estudo sobre a prevalência do uso de álcool na polícia australiana demonstrou a presença de comportamento de risco para o consumo de álcool (Davey, Obst & Sheehan, 2000). A comparação destes resultados com estudos anteriores indicou que a proporção do número de policiais com esse comportamento de risco não está diminuindo. Da mesma forma, a pesquisa de Kutlu *et al.* (2008) em 157 oficiais da Polícia Municipal da Turquia, demonstrou que os efeitos da depressão e do hábito de fumar na qualidade de vida estavam principalmente associados aos estresse no trabalho em aproximadamente metade dos policiais.

A pesquisa de Neylan *et al.* (2002) com policiais norte americanos sobre a qualidade do sono e a exposição a incidentes críticos concluiu que a média de sono do policial era menor, comparada ao grupo controle. Igualmente, à exposição a incidentes críticos acumulada foi associada mais fortemente à pesadelos do que a má qualidade do sono global. O que apresentou forte associação com o sono de má qualidade foi o estresse do ambiente de trabalho. Segundo os autores,

embora os aspectos de risco de vida do trabalho da polícia estejam relacionados a pesadelos, os estressores da rotina do serviço de polícia parecem afetar mais a qualidade do sono global desses indivíduos, o que implica na saúde e no desempenho desses profissionais. A insônia também é relatada como um dos sintomas mais frequentes de estresse no estudo de Umek and Areh (2008), acrescidos de dores de cabeça e indigestão.

A presença de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) em policiais que trabalharam em incidentes críticos foi estudada por Perrin, DiGrande, Wheeler, Thorpe, Farfel & Brackbill (2007) e por Gabriel, Ferrando, Cortó, Mingote, García-Camba, Liria and Galea (2007). Perrin *et al.* (2008) que estudaram a presença de TEPT entre os profissionais (policiais, bombeiros, médicos, engenheiros e voluntários) que trabalharam no resgate e no salvamento das vítimas do World Trade Center (Manhatan, EUA) e revelaram que os profissionais e voluntários que tiveram pouco treinamento ou pouca experiência anterior em desastre estavam dentro do grupo de maior risco ao TEPT. Ao final do estudo, os autores recomendaram que em futuros desastres houvesse um maior preparo e treinamento dos profissionais, além de maior revezamento do grupo de trabalho nesses procedimentos para possibilitar um tempo de serviço menor no local do acidente no sentido de reduzir a prevalência de TEPT.

O estudo de Gabriel *et al* (2007) a respeito dos ataques terroristas em Madri em 11 de março de 2004, avaliou as consequências psicopatológicas entre as vítimas, população em geral e policiais. Os autores concluíram que ocorreu uma carga substancial de consequências psicológicas dois meses após o evento (TEPT, distúrbios de ansiedade relacionados ao TEPT e depressão maior).

A presença de eventos críticos com os quais os policiais se deparam no cotidiano do trabalho, os efeitos da organização do trabalho policial e as condições de trabalho geram consequências na relação do policial com o seu trabalho, especialmente considerando-se o tempo de serviço. Os resultados da pesquisa de Afonso and Gomes (2009) sobre a Guarda Nacional Republicana de Portugal apresentaram maior desejo de abandonar o trabalho, bem como maior indiferença e distanciamento do trabalho em profissionais mais velhos e/ou mais experientes. Nos policiais mais novos e/ou inexperientes ocorreram menores níveis de comprometimento organizacional e maior utilização de *coping* no enfrentamento dos problemas. Os autores propõem estudos que avaliem se essa tendência à maior indiferença e distanciamento do trabalho, caracteriza o modo como os policiais lidam com os problemas ao longo

da sua carreira, afastando-se e desinteressando-se progressivamente das dificuldades e situações que ocorrem à sua volta.

Há uma unanimidade nos artigos analisados a respeito da resolução dos problemas apresentados nos resultados das pesquisas sobre o trabalho policial: o suporte e o comprometimento da instituição em relação às conseqüências do trabalho para a saúde do policial, atentando que a presença da instituição no suporte ao policial não está somente relacionada às situações ruins com as quais os policiais se deparam, mas também com aquelas que vêm acompanhadas de satisfação e crescimento profissional.

3.4. SUPORTE SOCIAL, REDE SOCIAL E SAÚDE

A literatura aponta que a produção do conhecimento sobre suporte social deu seus primeiros passos a partir dos anos 50, pós-guerra, e tomou forma através dos estudiosos preocupados em sua conceituação como, Caplan (1976), Cobb (1976), Barrera (1981), Antonucci e Jackson (1990) entre outros, como cita Campos (2004). Desde então, há um crescente interesse na correlação entre suporte social e saúde.

Canasqui e Barsaglini (2010), ao analisarem resumos de artigos internacionais e nacionais sobre o tema do ponto de vista das Ciências Sociais e Humanas, no período entre 1980-2005, identificaram que a literatura internacional se respalda na Psicologia Social, em várias correntes da Sociologia e da Ciência Política. Já, a literatura nacional dialoga menos com as teorias psicossociais e mais com as sociológicas e antropológicas, realçando-se, pela abordagem do apoio, com a rede social, com a solidariedade, com a reciprocidade, com as trocas e valores culturais, lançando-se do privado para o social e a com a sua capacidade de organização civil e de ações coletivas.

Em relação à nomenclatura utilizada para denominar suporte social, Gonçalves Pawlowski, Bandeira e Piccinini (2011), em seu estudo, encontraram uma grande variedade de termos que se referem ao suporte social e rede social como: rede social de apoio, rede de apoio social, rede de suporte social, rede de apoio social e afetivo, rede de relações, suporte familiar, suporte psicossocial, suporte social de apoio, apoio familiar e apoio psicológico. Acrescentam ainda que vários estudos utilizam descritores relacionados a estes construtos, buscando defini-los, como: relacionamento social, relações interpessoais, laços sociais, participação social e empoderamento ou *empowerment*.

O uso indiscriminado dos conceitos de suporte social e rede social também foi encontrado pela autora do presente trabalho. Por exemplo, nos artigos pesquisados, identificou-se com frequência a denominação de apoio social no título e ao longo do trabalho ao passo que nos descritores e abstract surge o termo suporte social. Além disso, observou-se que não existe clara distinção entre rede social e suporte social.

O constructo suporte social é apontado por Cunha, Carvalho, Santos, Ferreira, Barros, e Mendonça (2009) como tendo adquirido grande importância na atualidade na área de Psicologia da Saúde, principalmente por apresentar direta relação entre sua existência e a prevenção e recuperação de doenças físicas, mentais e afetivas. Antunes & Fontaine (2005), por sua vez, afirmam que o suporte social está entre os fatores de redução do impacto causado por eventos estressores, daí sua relevância no aprofundamento de pesquisas nesta área.

Na abordagem sistêmica, Sluzki (1997) afirma que este constructo vem sendo desenvolvido e forjado a “muitas mãos”, em várias áreas do conhecimento, desde teóricos do psicodrama (Moreno, 1951), da antropologia (Barnes, 1954) e na área de família (Bott, 1957; Speck e Attneave, 1973 e; Ruevi, 1979).

A literatura indica não ser consensual uma definição do constructo suporte social, bem como as dimensões ou categorias que o compõem. Contudo, para Ribeiro (1999), os estudiosos concordam que o domínio de suporte social é multidimensional e que diferentes categorias do suporte social têm variados impactos sobre os indivíduos ou grupos. O suporte social aparece também referendado como sendo um metaconstruto composto de elementos conceituais nos achados de Matsukura, Marturano e Oishi (2002).

Para Campos (2004, p. 141), citando Caplan (1976), sistemas de suporte social são constituídos de “padrões duradouros de vínculos que contribuem de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo”. E acrescenta que para o suporte social ter o efeito de proporcionar um sentimento de proteção e apoio à pessoa, não basta o indivíduo estar na rede, mas sim, estabelecer uma forma de relacionamento interpessoal, uma relação bi-pessoal que se projeta e se apoie de forma a propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico.

Cobb, (1976 apud Campos, 2004), descreve ser a dinâmica do suporte social um relacionamento próximo e acolhedor. Esse autor elenca três elementos que compõem o suporte: emocional (sentimento de ser amado, cuidado e protegido); valorativo (sentimento de auto-estima, consideração e respeito) e; comunicacional (sentimento de

pertencimento a uma rede de mútuas obrigações). Avalia como de maior relevância as trocas afetivas, de cuidados mútuos e de comunicação livre e aberta. O suporte social caracteriza-se por ser solidário, com papéis definidos e contato constante. Assim, o resultado esperado de uma rede efetiva é o sentimento de coesão e apoio que empresta ao indivíduo recursos para o enfrentamento da realidade, agindo como fator moderador e redutor do estresse, emprestando força para lidar com a dificuldade.

O conjunto de redes individuais e grupais numa sociedade caracteriza-se como uma rede de redes, mapa importante para configuração de propostas adequadas de ação educativa de promoção e prevenção de saúde comunitária. E conceitua rede social como um “sistema aberto que através de um intercâmbio dinâmico entre seus integrantes e com integrantes de outros grupos sociais possibilita a potencialização dos recursos que possuem” (Dabas, 1995, p. 10). Por sua vez, Sluzki (1997, p. 42) considera rede social pessoal como “a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como sendo significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade”. Afirma que é esta rede que confere o reconhecimento e a legitimidade de sua identidade e auto-estima, bem estar, competência, valores e hábitos de saúde, cidadania e habilidade de gerenciar mudanças em situação de crise.

Rede social, então, são todos os membros com os quais o indivíduo se relaciona, mas somente uma parte restrita dessas ligações é considerada laço ativo (Ornelas, 2008), ou seja, que proporcionam sociabilidade e suporte social. O autor apresenta a diferenciação entre rede social e suporte social, considerando que este último é a qualidade das relações estabelecidas na rede social no sentido de apoio a situações de crise. Cobb, (1976), citado por Campos (2004) e Ornelas (2008), propõe a conceituação de suporte social como a informação que conduz o indivíduo a acreditar que é estimado, valorizado e parte integrante de uma rede de comunicação e obrigação mútuas e considera o suporte social um amortecedor de estresse, concluindo que este desempenha uma função de facilitador da confrontação e adaptação em situação de crise. House (1981), também citado por Ornelas (2008), define suporte social como o conjunto de transações interpessoais, envolvendo as preocupações a nível emocional (gostar, amar e empatizar), a ajuda de bens e serviços, as informações sobre o meio envolvente e o reconhecimento, ou seja, as informações para uma auto-avaliação. Portanto, segundo Ornelas (2008), diferencia-se rede social de suporte

social entendendo que os tipos de laços de uma rede social proporcionam diferentes tipos de suporte social.

Dessen e Braz (2000) diferenciam apoio social de rede apresentando a ideia de laço social para incluir os dois conceitos. Para as autoras, rede é a teia social, isto é, o contexto mais amplo no qual o indivíduo está inserido. Apoio se refere à ajuda recebida em determinados momentos da vida das pessoas para prover necessidades específicas. Desse modo, apoio social é considerado uma dimensão funcional ou qualitativa da rede social - ter alguém com quem contar em uma situação difícil em que o mesmo necessite receber auxílio material, emocional ou afetivo. A rede social é então a estrutura social através da qual é oferecido o apoio. É como a imagem de pontos conectados por fios (Andrade & Vaitsman, 2002). Sendo assim, o estudo das redes permite mapear as relações entre os sujeitos ou grupos a começar pelos contatos diretos identificando intensidade, tamanho, frequência e qualidade dos contatos.

Ao sistematizar o conceito de rede social, Sluzki (1997, p. 59) afirma que essa pode ser registrada em forma de 'mapa mínimo', que inclui todos os indivíduos com quem a pessoa interage. Este mapa se constitui de quatro quadrantes, quais sejam: família, amizades, relações de trabalho (ou escolares), relações comunitárias (de serviços ou credos). Embora o indivíduo esteja posicionado no centro do quadrante, o suporte social é considerado pelo autor como sendo descentralizado, flutuante e dinâmico. Estes quadrantes inscrevem-se em três áreas: o círculo interno de relações íntimas (família, amigos, contato cotidiano); círculo intermediário (relações sociais ou profissionais); círculo externo (relações ocasionais, conhecidos).

Dentro das características estruturais da rede, Sluzki (1997, p. 60) define os seguintes itens: Tamanho (número de pessoas participantes da rede); Densidade (conexão entre os participantes); Composição (distribuição dos participantes em cada quadrante); Dispersão (acesso para gerar influência); Homogeneidade (distinção de idade, sexo, cultura e nível sócio econômico dos participantes); Atributos de Vínculo (característica do vínculo, intensidade, multidimensionalidade de funções que uma pessoa faz, reciprocidade, compromisso, frequência dos contatos, durabilidade e história em comum) e; Funções (companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselho, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos).

A importância de mapear a rede social, avaliando suas características, funções e atributos dos vínculos, consiste em levantar quem pode auxiliar ou impedir a promoção da mudança considerada

necessária naquele momento em que foi realizada. Dentro deste contexto, mostra-se útil a utilização de instrumentos que auxiliem a organizar e utilizar os dados que permeiam as redes sociais. O mapa de redes, segundo Sluzki (1997), é um instrumento que permite a coleta e organização destes dados, auxiliando na avaliação sobre o tipo de intervenção possível, bem como na clarificação de quem convidar dessa rede para participar do processo a fim de auxiliar na otimização dos recursos do indivíduo ou grupo.

3.5. SUPORTE FAMILIAR

Vários estudos fazem referência ao conceito de “suporte familiar” sem explicitar a sua vinculação ao conceito de rede social ou ao de suporte social. No exame mais detalhado dos artigos que utilizam esta denominação, os autores utilizam o suporte familiar como sinônimo de rede familiar, incluindo o suporte oferecido pela mesma. Apesar disso, faz-se importante ressaltar a função da família como parte integrante da rede e como provedora de vários tipos de suporte.

Olson, Russell e Sprenkle (1983) sustentam o conceito de suporte familiar na teoria sistêmica familiar, que apresenta um modelo circular de interpretação dos processos familiares em relação ao entorno social. Para Baptista (2005), o conceito de suporte social é baseado em três dimensões principais: coesão, adaptabilidade e comunicação. Coesão familiar seria definida como uma qualidade do vínculo emocional que os membros da família possuem uns com os outros. A adaptabilidade se refere à capacidade da família ser flexível às mudanças internas e externas que impactam nas relações de poder, nos rituais e nas regras de relacionamento. A comunicação diz respeito à capacidade dos membros da família em expressar suas necessidades e seus desejos de forma direta e clara.

A família como sistema de suporte, para Campos (2004), é até hoje referência do cuidado básico do ser humano e afirma que quando presente, estável, sensível, ativa e confiável, protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura, aumenta a sobrevivência. O grupo familiar igualmente é apontado por Carvalho e Almeida (2003) como aspecto principal não apenas para a sobrevivência dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital

cultural, econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade em geral.

As principais funções da família como sistema de suporte, segundo Campos (2004), são: coletora e disseminadora de informações; fornecedora de orientação e continência; fonte de valores; guia mediadora na solução de problemas; fonte de serviços práticos e ajuda concreta; refúgio para repouso e recuperação; referência e grupo controle; fonte validadora da identidade; apoio para o domínio emocional; fonte de crenças. Os membros da família aprendem a se controlar e se influenciarem mutuamente por diversos meios de entendimento, coerção e punição, desencadeando comportamentos adequados ou inadequados, instalando ou mantendo distúrbios específicos. A família pode ser mais ou menos apoiadora, dependendo de quais obstáculos se apresentarem no decorrer do seu ciclo vital.

Carter e McGoldrick (1989) referem estressores familiares em dois tipos: estressores "verticais" ou transgeracionais (padrões, mitos, tabus, segredos e legados passados de geração à geração) e estressores "horizontais" ou desenvolvimentais (transições do ciclo vital, eventos previsíveis e os imprevisíveis, que podem romper o processo de ciclo de vida). Campos (2004) considera como obstáculos: a dificuldade de comunicação intergeracional, as relações interpessoais abaladas por patologias (físicas ou mentais) e a diferença entre a ideologia familiar e o ambiente. Por isso, falar em suporte familiar é falar destas relações e de suas funções na vida de um sujeito que facilitam e dificultam as relações de suporte e apoio entre os membros da família.

Nesse sentido, tanto o suporte familiar como o social advindo da rede social é dinâmico e se apresenta de forma diferente considerando o momento de vida do indivíduo, família ou grupo. As demandas para cada momento da vida são diferentes, fato que terá uma repercussão direta nas relações que o indivíduo estabelece com o mundo. Em cada momento da vida, o suporte social se apresentará de forma diferente, explicitando seu aspecto dinâmico e reconfigurando-se a cada nova etapa do processo de vida do indivíduo.

3.6. ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE REDE SOCIAL, SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR E SAÚDE

As pesquisas dos últimos 25 anos têm destacado o papel fundamental da família e das redes sociais na atenção e na promoção da saúde de acordo com Siza, (2000, apud Serapioni, 2005) em três

principais direções: 1) no fortalecimento de relações que produzem saúde ou incrementam a capacidade de enfrentar eventos críticos e mobilizar recursos adequados; 2) no desenvolvimento da capacidade de manutenção e promoção de relações de suporte social no âmbito do parentesco extenso, da vizinhança e do associacionismo de ajuda mútua; 3) no melhoramento do acesso aos serviços de saúde, graças a sua função de mediação e de conhecimento das oportunidades e dos critérios de acesso.

Canesqui e Barsaglini (2010) levantaram as publicações nacionais e internacionais sobre apoio social e saúde nas Ciências Sociais e Humanas, no período de 1980-2005. As publicações internacionais identificadas sobre apoio social, segundo temas abordados, produzidas no período 1980-2005 totalizaram 286 estudos, emergem os seguintes efeitos positivos do apoio: redução do estresse e dos problemas mentais e psicológicos; auto-estima, bem estar psicológico e qualidade de vida; ajustamentos às doenças crônicas e perdas; adesão aos tratamentos e uso dos serviços de saúde; promoção e proteção da saúde; prevenção de doenças, integração social e *empowerment*; quebra do isolamento social; aumento do senso de controle e redução da morbi-mortalidade. Como efeito negativo da ausência do apoio social, os autores elencaram: aumento do estresse e problemas psicológicos; deterioração da saúde e predisposição às doenças; maior exposição aos fatores e comportamentos de riscos e uso dos serviços e adesão ou não a tratamentos.

As publicações nacionais produzidas entre 1983 a 2005 totalizaram 51 estudos, e descreveram como efeitos positivos do apoio social a redução do estresse, a promoção da auto-estima e habilidades, a solidariedade, o *empowerment* e cidadania, a promoção da saúde e prevenção dos riscos, a adesão aos tratamentos e uso e acesso aos serviços de saúde. A deteriorização da saúde, desigualdades sociais e pobreza foram apresentadas como efeitos da ausência de apoio.

A tabela 3 tem, por objetivo, sistematizar informações científicas sobre estudos que abordaram rede social/suporte social e saúde dos últimos 10 anos. A metodologia utilizada foi a realização de um levantamento em periódicos disponíveis nas bases de dados Scielo, PePsic, BVS-Psi e demais portais de acesso livre a publicações acadêmicas de artigos, a fim de obter contribuições científicas neste âmbito. Os descritores utilizados foram: rede social, saúde, saúde mental, suporte social, suporte familiar. Os critérios de inclusão para a revisão de literatura foram: ter como foco principal a saúde e não aparecer de forma repetida.

Tabela 3. Estudos relacionados a rede, suporte social e saúde

| <i>Autor(es)</i> | <i>Objetivo</i> | <i>Resultados</i> |
|------------------------------|---|---|
| Dessen <i>et al.</i> , 2000 | Descrever as transformações na rede social durante transições decorrentes do nascimento de filhos. | Neste período as famílias recebem mais suporte sendo este um fator de bem estar para todos. Para a mãe, o suporte emocional foi mais importante e, para o pai, o suporte financeiro e material. |
| Andrade e Vaistman, 2002 | Avaliar a participação de usuários em instituições de saúde | A valorização da participação dos pacientes contribui para aumentar a autonomia e elevar a auto-estima dos usuários, melhorando a qualidade de vida e de saúde dos mesmos. |
| Feitosa <i>et al.</i> , 2005 | Verificar associações entre nível socioeconômico, características pessoais e suporte social e sua relação com desempenho acadêmico. | Sucesso acadêmico correlacionado positivamente a maiores índices de atenção dos professores, aceitação pelos pares, gostar da escola e nível socioeconômico. Correlação negativa com problemas de comportamento e dificuldades dos adolescentes de falar com os pais. |
| Resende <i>et al.</i> , 2005 | Investigar a relação entre redes social de adultos e a sua satisfação com a vida. | Existe relação entre redes de relações sociais e satisfação com a vida sendo que as pessoas que possuem maior rede social relatam ser mais satisfeitas com a vida e obter maior suporte social |
| Costa e Ludermir, 2005 | Investigar a associação entre transtornos mentais comuns e o apoio social | Importância em investir em redes de apoio social para promover a interação dos indivíduos e aumentar a confiança pessoal e o poder de enfrentamento dos problemas. |
| Dias <i>et al.</i> , 2007 | Identificar apoios sociais, redes e papéis em famílias de docentes de enfermagem. | Família nuclear e ampliada são as principais fontes de apoio seguida das redes de apoio da escola, trabalho, igreja e locais de lazer. A identificação de papéis e apoios permitiu o fortalecimento de mecanismos de enfrentamento dos fatores estressantes cotidianos e a promoção da saúde. |
| Souza <i>et al.</i> , 2007 | Identificar princípios, objetivos, ações e articulação com outros setores das instituições públicas, privadas e entidades sociais com público-alvo de pessoas adultas em situação de rua. | Mudança gradativa de um modelo centralizador para um modelo de emancipação do sujeito. Formação de rede social pautada em ações intersetoriais, na perspectiva da promoção da saúde: possibilidade para construção e gestão de políticas públicas inovadoras. |

| <i>Autor(es)</i> | <i>Objetivo</i> | <i>Resultados</i> |
|------------------------------|--|---|
| Jussani <i>et al.</i> , 2007 | Avaliar a rede de suporte de famílias durante a gravidez. | A rede social favorece o bom desenvolvimento da gestação. As pessoas da rede de apoio são procuradas conforme o tipo de problema: financeiro, aceitação da gravidez, necessidade de apoio emocional, esclarecimentos e ajuda para afazeres domésticos. |
| Souza <i>et al.</i> , 2008 | Buscar evidência de validade entre o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral (QSG). | A percepção de demonstração de afeto, carinho, expressões verbais e não verbais, habilidade na resolução de situações problemas, sentimentos positivos, estabelecimento de relações de confiança, liberdade e privacidade entre os familiares, estão associadas à menor sintomatologia de estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental. |
| Dias e Baptista., 2009 | Avaliar a percepção do suporte familiar e saúde mental em mães de crianças hospitalizadas em UTI Pediátrica. | Variação significativa na saúde mental das mães nos quatro momentos de avaliação com melhora até a alta hospitalar, mas suporte familiar não variou nas medidas. Não foi encontrada correlação entre saúde mental e suporte familiar. |
| Souza <i>et al.</i> , 2009 | Avaliar a relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em universitários | A saúde mental, os comportamentos de risco de violência contra si, a violência sexual e poucas atividades de lazer estão associadas ao suporte familiar, sendo a saúde mental, aquela com maior preponderância. |
| Matsukura e Oliveira, 2010 | Identificar a percepção de suporte social e padrões de relacionamento com os avós, sob a ótica dos netos | Os netos reconhecem que recebem suporte de seus avós, principalmente, no que se refere ao apoio emocional e instrumental. Importância do aprendizado acerca de valores como honestidade, respeito e o valor dos estudos. Adolescentes revelam dar apoio emocional e ajuda aos seus avós. |
| Alonso <i>et al.</i> , 2010 | Identificar o suporte familiar e sua importância no tratamento multidisciplinar de pessoas com epilepsia | É importante o uso rotineiro de escalas para mensurar o funcionamento e suporte familiar de pacientes portadores de epilepsia, prevendo a sua intervenção precoce nas famílias para melhoria de qualidade de vida. |

| <i>Autor(es)</i> | <i>Objetivo</i> | <i>Resultados</i> |
|-----------------------------|---|---|
| Aliane <i>et al.</i> , 2011 | Investigar fatores de risco relacionados à depressão pós-parto na literatura. | Foram identificados 70 fatores de risco descritos, listados e agrupados em 8 categorias: Genético (1 fator); Hormonal (1 f.); Obstétrico (2 f.); Psicológico/psiquiátrico (25 f.); Saúde bebê (3 f.); Saúde materna (9 f.); Socioeconômico e cultural (15 f.); Suporte social e relações interpessoais (14 f.). |
| Squassoni e Matsukura, 2011 | Identificar correlações entre suporte social percebido por crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social e o seu desenvolvimento sócio emocional. | Quanto maior a percepção do suporte social menor as dificuldades apresentadas pelas crianças e adolescentes. A repetência escolar, o grau de escolaridade paterna e outras variáveis apresentaram associação aos resultados de saúde mental e nível de suporte social das crianças e adolescentes. |

Os estudos citados na tabela 3, ainda que não avaliem a saúde no seu sentido específico, abordam, sob determinado aspecto, a relação entre suporte social, saúde e bem-estar e foram unânimes a respeito da sua importância para o indivíduo. Em geral, os estudos sobre suporte social destacam a sua importância tanto no âmbito emocional quanto material, para que o indivíduo se sinta amado e cuidado, valorizado e seguro.

Dias, Nascimento, Mendes e Rocha (2007) destacam o valor do processo de reciprocidade do suporte social, alegando que o seu efeito é positivo tanto para quem recebe quanto para quem oferece o apoio. Costa e Ludermir (2005) enfatizam a relevância de estudos sobre suporte social para a epidemiologia no sentido de se pensar em decisões e políticas para atenção básica e especial de saúde. Andrade e Vaistman (2002) ressaltam sua importância na eficácia de tratamentos de saúde. O estudo de Dessen e Braz (2000), por exemplo, sobre a rede social de apoio, durante o nascimento dos filhos, demonstrou o benefício do suporte social para as famílias participantes. O estudo confirmou que neste período as famílias recebem mais suporte, sendo este um fator de bem-estar para todos. Entretanto, houve uma diferença sobre o tipo de apoio considerado mais importante pelos participantes. Para o bem-estar da mãe, o suporte emocional foi o mais importante e, para o pai, foi o suporte financeiro e material. Isso indica, segundo as autoras, que a função que cada membro ocupa na família demanda tipos diferentes de apoio.

As relações de confiança e o fortalecimento de laços de amizade são considerados importantes para a saúde do indivíduo, demonstradas no estudo de Costa e Ludermir (2005). Os resultados evidenciaram que ter amigos íntimos e confidentes está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatização. O suporte social capacita o indivíduo a lidar com os eventos e condições estressoras, funcionando como agente protetivo contra os transtornos mentais, mesmo considerando outros aspectos de vulnerabilidade como pobreza, baixa escolaridade e desemprego. É importante considerar o investimento maior em grupos de cuidado que ofereçam informações sobre os mais diferentes assuntos, com atividades que promovam interação e envolvimento comunitário para aumentar a confiança pessoal e melhor enfrentamento dos problemas.

Essa participação em grupos de apoio social gera o chamado *empowerment*, que proporciona a experiência de sentir-se capaz de influenciar os processos que determinam sua própria vida. Essa noção dada pelas redes de ajuda com essa configuração leva as pessoas que foram destituídas de determinadas funções por conta da incapacitação, temporária ou crônica, a se sentirem valorizadas e estimuladas às trocas relacionais e afetivas. Andrade e Vaistman (2002) chegaram aos mesmos resultados, concluindo que a participação em grupos de troca de experiência e informação sobre diagnósticos recebidos, melhora a saúde e indica que as relações constituídas nestes espaços oferecem ajuda material (como conseguir determinado remédio), influenciam na eficácia do tratamento médico, combatem o isolamento e suas consequências, além de gerar laços de amizade.

A família aparece como a principal fonte de apoio instrumental (provisão de bens, dinheiro e trabalho) e emocional (disponibilidade de tempo, preocupações, carinho, afeto) no estudo de Dias *et al.* (2007). Segundo as autoras, o estudo demonstrou que ao mesmo tempo em que a família pode ser a maior fonte de apoio instrumental e afetivo, também pode ser a maior fonte de estresse quando um membro necessita de cuidados e apoio maior do que o possível para o sistema. As autoras não ampliaram as reflexões aos possíveis apoios que a comunidade poderia oferecer a essas famílias, mantendo a família nuclear e estendida como únicos recursos.

A avaliação sobre a percepção do suporte familiar e social é um importante indicativo para a compreensão da qualidade de apoio recebido. Nessa perspectiva, o estudo de Souza, Baptista e Alves (2008) objetivou encontrar evidência de validade entre o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral

(QSG). Os resultados encontrados corroboram outros estudos relacionados pelos pesquisadores: a percepção de demonstração de afeto, carinho, expressões verbais e não verbais, habilidade na resolução de situações problemas, sentimentos positivos, estabelecimento de relações de confiança, liberdade e privacidade entre os familiares estão associadas à menor sintomatologia de estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental. Os resultados indicaram também que as mulheres apresentam maior nível de vulnerabilidade a doenças mentais do que os homens. Segundo as autoras, esse desempenho das mulheres pode estar relacionado à atuação em múltiplos papéis na sociedade conforme informação de Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001).

Ressalta-se que a revisão de literatura das pesquisas analisadas focalizou a importância de estudos sobre a temática do suporte social e a saúde, mas também as lacunas científicas a preencher, especialmente no que diz respeito ao suporte familiar. Contudo, os estudos delineados foram uníssonos quanto à relevância do suporte social para a saúde geral e mental e para a implantação de programas comunitários de saúde. Por isso, a investigação sobre suporte social tem recebido relevância nos estudos epidemiológicos atuais, sendo considerado um bom indicador das vulnerabilidades dos indivíduos à saúde. A investigação sobre o suporte social de um indivíduo traz indicativos de aspectos do seu contexto familiar e comunitário que podem oferecer explicações importantes para estudos epidemiológicos e para programas de saúde (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001).

4.1. NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo. É exploratória porque pretende proporcionar maior familiaridade com o problema a ser investigado (Laville e Dionne, 1999), considerando que as informações sistematizadas sobre a prevalência de transtornos mentais e percepção do suporte familiar em policiais civis é escassa, conforme descrito na revisão de literatura. É descritiva porque tem por intenção caracterizar os fenômenos e a relação entre eles. A pesquisa descritiva reúne informações relevantes à compreensão do fenômeno pesquisado e possibilita a descoberta de novas problemáticas e perspectivas (Laville e Dionne, 1999).

Neste estudo estão contempladas as abordagens quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa é utilizada para verificar a prevalência dos tipos diagnósticos em policiais afastados por TMC em 2009 e 2010, os resultados do inventário IPSF e caracterizar a população quanto ao sexo, idade, escolaridade, cargo. Do ponto de vista qualitativo foram analisadas as falas dos policiais que se dispuseram a participar das entrevistas com o objetivo de caracterizar as dimensões do suporte familiar na percepção do policial e dos familiares durante o afastamento do trabalho.

4.2. FONTES DE INFORMAÇÃO E PARTICIPANTES

Em contato com a Gerência de Recursos Humanos da Polícia Civil, em outubro de 2010, para solicitar o número de policiais afastados por TMC, obteve-se a informação que a mesma possuía somente dados brutos, não organizados e tratados estatisticamente. Recorreu-se à Diretoria de Saúde do Servidor da Secretaria de Administração de Santa Catarina, responsável pela perícia médica do policial civil, para solicitar a informação necessária para definição da amostra. A informação recebida foi que somente após aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos é que poderiam ser disponibilizadas as informações sobre a prevalência de TMC em

policiais civis afastados por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) nos anos de 2009 e 2010 conforme preconizado neste estudo. Em razão disso, não foi possível precisar, antecipadamente, o número de participantes da pesquisa.

O critério para construir a amostra foi: apresentar diagnóstico de TMC, qualificado pela Junta Médica do Estado, nos anos de 2009 e 2010 e, por consequência, ter sido afastado do trabalho por LTS. Nesse sentido, trata-se de uma amostra não aleatória e não probabilística típica. Amostra não-aleatória é aquela na qual a população é escolhida a partir de critérios pré-definidos pelo pesquisador e a amostra não probabilística ou determinística, refere-se à eleição de elementos que apresentam características que o pesquisador pretende estudar e não dependem da probabilidade (Chávez, 2000).

A decisão de pesquisar os dados da Polícia Civil de Santa Catarina está diretamente associada ao fato da pesquisadora ter trabalhado na instituição como psicóloga policial, o que previa uma facilitação do acesso às pessoas responsáveis e aos policiais em afastamento do trabalho por LTS. De fato, a pesquisadora contou, desde o princípio da coleta de dados, com o apoio da Polícia Civil e da Diretoria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

4.3. DEFINIÇÕES DOS CONCEITOS E VARIÁVEIS INVESTIGADAS

Prevalência: número de pessoas que, em uma população definida, tem uma doença ou condição específica, em um determinado ponto do tempo. Será considerado particularmente o coeficiente de *Prevalência pontual* (instantânea ou prevalência momentânea), medida pela frequência da doença ou pelo seu coeficiente em um ponto definido no tempo, neste caso, dois anos, excluindo aqueles que evoluíram para cura, para óbito ou que migraram para outro quadro (Medronho et. al., 2009);

Suporte Familiar: manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência entre membros de uma família, caracterizando em meios de ajuda em determinados momentos da vida e para suprir necessidades específicas (Baptista & Oliveira, 2004);

Variáveis intervenientes: São variáveis que, de alguma forma, tendem a influenciar nos resultados de uma pesquisa quando confrontados com as

variáveis principais sob investigação: TMC e suporte familiar. Neste estudo, foram consideradas variáveis intervenientes: idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho na atividade policial, características do ambiente de trabalho, nos anos de 2009 e 2010 com quadros diagnósticos de TMC e possíveis comorbidades.

4.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.4.1. Instrumentos

- a) *Planilha de dados do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH)*: informatizado desde 1992, neste sistema estão mantidos e acrescentados dados da vida pessoal e funcional de todos os servidores do Estado. Para o presente estudo, serão apresentados os referentes a idade, sexo, escolaridade e tempo de trabalho na atividade policial dos 148 policiais afastados por TMC em 2009 e 2010, sem a identificação dos mesmos. Esses dados foram expostos em forma de análise estatística descritiva e inferencial com o objetivo de demonstrar o perfil sociodemográfico e a prevalência pontual de TMC da população geral.
- b) *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)*: O objetivo foi avaliar o quanto as pessoas percebem o suporte familiar em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os membros (Baptista, 2005; 2009). O IPSF é um inventário composto por 42 itens divididos em três fatores. O primeiro fator denominado Afetivo-Consistente possui 21 itens e avalia a expressão de afetividade entre os membros familiares (verbal e não verbal), o interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, clareza nas regras intrafamiliares, consistência de comportamentos e verbalizações e habilidades na resolução de problemas. O fator denominado de Adaptação Familiar é composto por 13 itens, sendo expressa por perguntas sobre sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas (brigas e gritos), além de percepção de que os familiares competem entre si, são interesseiros e se culpam nos conflitos, ao invés de

tentarem inter-relações mais pró-ativas. Esta dimensão foi pontuada inversamente, logo, como ocorre com os outros fatores, quanto maior a pontuação, mais adequado é o suporte familiar, o que significa mais comportamentos positivos em relação à família (pouca ou nenhuma raiva, isolamento, sentimentos de incompreensão, exclusão, vergonha, irritação, relações agressivas, etc). Por último, o fator denominado de Autonomia foi composto por oito itens e possui questões que podem assinalar relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros. O IPSF é respondido por intermédio de uma escala Likert de três pontos, pontuando-se dois para respostas "sempre"; um para "às vezes" e zero para "nunca" (as pontuações gerais variam de zero a 84). A aplicação foi individual, com um tempo total variando em torno de 20 minutos. A correção é realizada pelo total de pontos obtidos, pela avaliação quantitativa. Existem estudos de precisão, validade e tabelas em percentis para o público-alvo de acordo com o sexo e idade. Nesta pesquisa, a finalidade do uso do IPSF foi servir como instrumento de validade externa, isto é, um parâmetro de correspondência aos achados obtidos nesta população em relação a outros resultados sobre o suporte familiar, coletados por meio da entrevista.

- c) *Roteiro de entrevista*: Foi estruturado um *Roteiro de entrevista* cujo objetivo foi investigar as dimensões do suporte familiar na percepção do policial e do familiar durante o afastamento do policial do trabalho por TMC: *conflito entre a expectativa e a realidade da profissão, imagem social, mudança de padrões e comportamentos, apoio afetivo e material frente ao processo de adoecimento, percepção do processo de tratamento*. Esse *Roteiro* foi estruturado com perguntas abertas, executado verbalmente, com uma ordem prevista, podendo o entrevistador acrescentar ou suprimir itens, na medida em que for necessário obter maiores esclarecimentos (Apêndice A). Essa flexibilidade permite um manejo da interação pesquisador-participante (Laville & Dionne, 1999), favorecendo a exploração aprofundada dos assuntos pertinentes aos objetivos deste estudo. A entrevista seguiu este *Roteiro* a fim de garantir a abordagem de todos os aspectos propostos pela investigação.

4.4.2. Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa, assim que qualificada, foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. A aprovação da pesquisa aconteceu em 28 de fevereiro de 2011 (ANEXO 1), após a Gerente de Recursos Humanos da Polícia Civil emitir declaração afirmando que a pesquisadora não realizava mais atendimento psicológico aos policiais civis desde janeiro de 2010, conforme solicitação do Comitê acerca do possível conflito de interesses pesquisador-instituição.

Após sua aprovação, o projeto de pesquisa foi apresentado ao Delegado Geral da Polícia Civil de Santa Catarina, solicitando a sua participação e mobilização da instituição para facilitação das etapas previstas para realização da pesquisa, bem como uma declaração afirmando seu conhecimento e aprovação para realização da pesquisa.

Inicialmente estava previsto que os nomes dos participantes da pesquisa seriam coletados na Gerência de Recursos Humanos da Polícia Civil (RHPC). A autorização para a pesquisa, ou seja, o TCLE (Apêndice B) assinado seria efetuado após um telefonema ao participante, no qual seria apresentado o objetivo da pesquisa e salientado a garantia do seu anonimato e a confidencialidade das informações coletadas. Concomitantemente, haveria a apresentação da pesquisa à Diretoria de Saúde do Estado com o objetivo de solicitar a consulta aos dados estatísticos do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) da Secretaria de Administração de Santa Catarina (SEA), relativos à caracterização dos quadros diagnósticos dos policiais afastados do trabalho no período previsto na pesquisa.

Ao apresentar o projeto e solicitar os dados para o RHPC, deparou-se com uma informação que tornou mais complexo o encaminhamento do procedimento de coleta da pesquisa: o setor não possuía os quadros diagnósticos dos policiais afastados, inviabilizando, por esta via, o acesso à amostra. Os nomes dos participantes somente poderiam ser disponibilizados pela Gerência de Controle de Benefícios (GECOB) da Perícia Médica do Estado, ficando o procedimento de contato com os participantes efetivado via Diretoria de Saúde do Servidor.

Um documento foi remetido à referida diretoria, apresentando a pesquisa e solicitando a anuência da instituição para prosseguimento da mesma em 25 de março de 2011 para disponibilidade dos dados sobre os participantes. A resposta sobre a solicitação foi inicialmente dada pelo Supervisor Médico da Gerência de Perícia Médica em 4 de abril de

2011, indicando o indeferimento da solicitação, alegando que a mesma feria ao previsto no Código de Ética Médica, citando os artigos 102, 104 e 105. Diante do fato, o documento foi encaminhado à Assessoria Jurídica da Diretoria de Saúde do Servidor em 29 de abril de 2011 que propôs modificações na metodologia de pesquisa no intuito de preservar o sigilo e o anonimato dos pacientes. A conclusão foi: “A pesquisa como foi proposta inicialmente encontra impedimentos legais no Código de Ética Médico, em virtude de exames de prontuários sem autorização do servidor ou sem determinação. Acredita-se, contudo, que, ao serem realizadas as mudanças propostas pela Gerência, tais óbices acabam e o projeto torna-se eticamente factível e receberá parecer jurídico favorável”.

Diante de tal parecer, foi solicitada a intervenção do Conselho Regional de Medicina (CREMESC) no dia 18 de maio de 2011, quanto à interpretação dada pelo médico da Perícia Médica do Estado. A resposta do CREMESC, postada via correio no dia 8 de julho de 2011, confirmou o parecer do médico da Perícia. Paralelamente, os contatos com a Gerência de Controle de Benefícios, por meio de sua gerência, foram delineando outras possibilidades de procedimento da pesquisa. Ante a resposta do médico perito, a Diretoria de Saúde do Servidor, por intermédio da Gerência de Benefícios, solicitou uma avaliação da assessoria jurídica, no sentido de encontrar novas possibilidades de procedimentos de pesquisa sem ferir a ética e permitindo a sua realização. Somente em função da compreensão da gerente sobre a importância da pesquisa na área de saúde do servidor e da sua participação e de toda a sua equipe nesse intento é que o processo de pesquisa caminhou e pode ser realizado (ANEXO 2).

Essa intercorrência gerou mudanças na realização dos procedimentos iniciais da pesquisa e proporcionou o acesso aos dados gerais de todos os policiais afastados para tratamento de saúde (LTS) com TMC. Dessa forma, a pesquisa apresenta dados estatísticos da população geral de policiais afastados do trabalho por TMC nos anos de 2009 e 2010, aos quais foram encaminhadas as cartas convite para participar da pesquisa. A seguir, descrevem-se os procedimentos adotados durante toda a etapa de convite aos policiais para participação na pesquisa:

- a) A GECOB enviou via correio para os policiais que estiveram afastados do trabalho por tmc nos anos de 2009 e 2010, em correspondência registrada, um ofício circular 99/2011, convidando o servidor a participar da pesquisa com

esclarecimentos sobre as questões éticas e apresentação da pesquisa e da pesquisadora. Nesse documento era salientado que a identificação era necessária para realização dos procedimentos da pesquisa, mas o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas estavam garantidos conforme previsto no TCLE (ANEXO 3).

- b) Nessa correspondência estava contida, além do ofício da GECOB, uma carta escrita pela pesquisadora descrevendo a pesquisa e o seu objetivo, duas cópias do TCLE – uma para o policial e outra para a pesquisadora – e um envelope selado e endereçado à GECOB.
- c) O policial que aceitou participar enviou uma das cópias do termo assinado via correio (dentro do envelope selado) de volta para a GECOB, autorizando o repasse do seu nome e telefone de contato à pesquisadora para os procedimentos da entrevista e demais ações para realização da pesquisa.
- d) Assim que a GECOB recebia a carta, entrava em contato com a pesquisadora e entregava os TCLE assinados e era iniciada a etapa de entrevista.
- e) Concomitantemente, a pesquisa foi divulgada no site da Polícia Civil e para o email da intranet da Polícia Civil, a fim de apresentar a pesquisa e avisar sobre a carta da Perícia Médica que alguns iriam receber com a indicação do nome e telefone da pesquisadora para contato, caso desejassem saber mais sobre a pesquisa ou que, de antemão, estivessem interessados em participar.
- f) Foram enviadas 148 correspondências em julho de 2011. Destas, retornaram para a GECOB 55 correspondências por problemas de endereço insuficiente, desconhecido ou por mudança de endereço. Foram reenviadas 26 cartas, após atualização de endereço via telefone com o policial ou via RHPC.
- g) Em torno de duas a três semanas depois do envio das cartas, os funcionários do GECOB entraram em contato telefônico com os 67 policiais que não deram nenhum retorno sobre o recebimento ou possibilidade de participação na pesquisa. Neste contato, eles

perguntavam se o policial havia recebido a carta, se tinha alguma dúvida que eles pudessem esclarecer e falavam da importância da pesquisa, estimulando a participação. Os retornos dos contatos telefônicos com os policiais variaram entre: 1) Perda do TCLE ou esquecimento do que fez com a correspondência. Nesse caso, a ação da GECOB foi enviar novamente os documentos; 2) Separou-se, ou seja, não tem mais o familiar que o acompanhou no período que esteve em afastamento do trabalho e não quer mais contato com ele ou não tem ninguém da família que possa participar da pesquisa; 3) Não quer mais falar sobre isso, é página virada, acha que vai fazer mal falar sobre o assunto ou; 4) Não tem interesse em participar da pesquisa, pois estava no aguardo da aposentadoria, debilitado e muito decepcionado com a instituição. Não acredita mais em nada que esteja relacionado à polícia.

- h) Ao término dos telefonemas, a GECOB enviou email para os policiais que ficaram de enviar o TCLE reforçando o convite para participação na pesquisa, com o contato da pesquisadora para que pudessem solicitar esclarecimentos, caso estivessem com alguma dificuldade.
- i) Ao final de todo o processo realizado pela GECOB para a realização da etapa qualitativa da pesquisa, retornaram 11 correspondências com o TCLE assinado e oito policiais fizeram contato diretamente com a pesquisadora (por email ou por telefone), totalizando 19 policiais. No dia da entrevista foi solicitada a assinatura no TCLE cuja cópia foi entregue à GECOB.

Terminada essa etapa, executada nos meses de julho e agosto, iniciou-se, no mês de setembro, a coleta dos dados qualitativos por meio das entrevistas. Foram feitos contatos telefônicos com os 19 policiais participantes desta etapa da pesquisa, marcando com cada um deles e com seus familiares o dia, hora e local da entrevista, alertando para a necessidade do local ser privativo e adequado para a atividade. Apenas quatro entrevistas foram realizadas no local de trabalho, sendo que em duas delas o familiar entrevistado trabalhava no mesmo local que o policial, onde aconteceu também a entrevista com o familiar.

Conforme esclarecido anteriormente, terminada a entrevista com o policial participante, aplicava-se o instrumento IPSF, iniciado pelo

preenchimento dos dados na folha de rosto. Após leitura das instruções em conjunto com o participante e, esclarecidas as dúvidas sobre a execução da tarefa, iniciava-se a entrevista com o familiar. Alguns procedimentos de entrevista não ocorreram nessa sequência, sendo que a entrevista com o familiar, algumas vezes, ocorreu em outro momento, de acordo com as possibilidades dos participantes.

Quatro participantes foram entrevistados por uma auxiliar de pesquisa em função do local de moradia (interior do estado) e outros dois por terem sido atendidos pela pesquisadora em psicoterapia. A auxiliar de pesquisa já havia participado anteriormente de outra pesquisa sobre policiais, a qual originou o roteiro de entrevista adotado nesta pesquisa. Mesmo assim, foi realizado um treinamento de duas horas esclarecendo todos os procedimentos adotados até o momento, bem como orientações sobre as dúvidas que por ventura poderiam surgir (Apêndice C).

Preferencialmente, as entrevistas eram realizadas primeiro com o policial e depois com o familiar a fim de otimizar o tempo, uma vez que enquanto o policial respondia o IPSF, a entrevista com o familiar podia ser realizada no intuito de não gerar maiores incômodos aos participantes. Os procedimentos utilizados para execução da entrevista foram:

- a) Explicar para o policial sobre o roteiro de entrevista a ser seguido, composto de duas partes. A primeira tratando de perguntas gerais sobre a vida do policial e a segunda sobre o processo de adoecimento e afastamento do trabalho por LTS e percepção do suporte familiar neste período.
- b) Alertar para que o ambiente seja adequado para a realização da entrevista de forma que haja somente as interrupções absolutamente necessárias.
- c) Solicitar o uso do gravador de voz esclarecendo que a necessidade do recurso ocorre em função da dificuldade de anotação e registro manual de todos os detalhes primando pela fidedignidade das informações, lembrando o comprometimento com a confidencialidade do conteúdo conforme indicado no TCLE.
- d) Esclarecer que, ao final da entrevista, ele responderá sozinho, sem a participação do pesquisador, a um questionário para avaliar

a sua percepção sobre o apoio que recebeu e recebe da família. Enquanto ele se ocupa disso, o pesquisador fará a entrevista com o membro da família que ele escolheu para participar da pesquisa.

- e) Lembrar que, conforme estava descrito no TCLE por ele assinado, além das informações fornecidas via entrevista, serão obtidas outras informações oriundas do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) e prontuários, assim definidas: data de nascimento, sexo, nível de escolaridade, data de admissão, lotação, município de lotação, cargo, dias de afastamento concedidos, data início de afastamento, data fim de afastamento, CID principal, e outras informações complementares necessárias para o cumprimento dos objetivos da pesquisa.
- f) Reafirmar o compromisso sobre o sigilo dos dados obtidos e utilizados somente em publicações científicas e eventos científicos sem qualquer possibilidade de identificação do seu nome.
- g) As mesmas explicações eram repassadas ao familiar entrevistado.

Não foi constatado nenhum risco durante o procedimento. Após o encerramento da entrevista, o que se ouviu dos participantes é que foi uma boa experiência, que possibilitou organizar algumas idéias e pensamentos sobre o processo de afastamento. Houve apenas um encaminhamento ao Serviço de Atendimento Psicológico da Polícia Civil (SAP/PC) para orientação sobre atendimento psicológico e um encaminhamento para a assistente social da Perícia Médica para avaliação de assédio moral.

4.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A prevalência de transtornos mentais e comportamentais de todos os policiais civis afastados por TMC em 2009 e 2010 foi analisada em termos de estatística descritiva, com base nos dados do SIRGH sobre os afastamentos do trabalho de policiais civis por TMC com o objetivo de descrever a amostra geral estudada. Foi realizada também uma análise estatística inferencial sobre a amostra total que associou as variáveis: sexo e diagnóstico de TMC (CID F), escolaridade e CID F, idade e CID

F, tempo de serviço e CID F, cargo e CID F e local de trabalho (lotação) e CID F. Algumas das variáveis foram agrupadas em categorias por similaridade para aumentar o seu poder estatístico. Toda a análise estatística utilizou o programa *SPSS* para Windows.

Dados oriundos do *Roteiro de entrevista* utilizados para investigar a percepção sobre o processo de afastamento do trabalho e a percepção de suporte familiar por parte dos participantes e seus familiares foram organizados com base nas seguintes dimensões temáticas: *conflito entre o ideal e o real da profissão, imagem social da profissão, mudança de comportamentos, apoio afetivo e material frente ao processo de afastamento do trabalho, percepção do processo de adoecimento, percepção do processo de tratamento*. Cada dimensão pretendeu analisar aspectos relativos a percepção do policial sobre a sua profissão, o processo de adoecimento e suporte recebido durante o seu afastamento. Conteúdos similares das respostas a cada dimensão do ponto de vista semântico, foram organizados em quadros sínteses buscando sistematizar dados oriundos de cada participante com o objetivo de identificar diferenças e semelhanças na percepção dos policiais e de seus familiares. A tabela 4 descreve as perguntas do roteiro de entrevista e sua relação com as dimensões de suporte familiar:

Tabela 4. Roteiro de entrevista com o policial participante

| <i>Dimensões</i> | <i>ítems</i> |
|--|--|
| Conflito entre a expectativa e o real da profissão | O que é ser policial hoje? O que você pensava quando entrou para a polícia? Qual foi a ocorrência no trabalho que mais marcou a sua vida? |
| Imagem social da profissão | Como você percebe que é visto pela família? Como você percebe que é visto pelos amigos/comunidade? Você gostaria que seu filho fosse policial? |
| Mudança de comportamento | Que mudanças ocorreram na sua vida desde que se tornou policial? Você mudou o seu jeito de agir (atitudes, comportamentos) quando se tornou policial? |
| Apoio afetivo e material | Você participa de algum grupo? O que você faz pra se divertir? Com quem você compartilha ou divide quase tudo da sua vida? Quem é a pessoa mais importante pra você? Quando você está com problemas, que tipo de apoio você recebe: da família? quais? dos amigos? quais? De que forma você pede ajuda? Como as pessoas sabem que você está precisando de ajuda? De que forma você ajuda sua família? O que você faz? Você percebe que sua família deseja ajudá-lo? Como e o que eles fazem? De que forma você demonstra afeto? |
| Apoio afetivo e material frente ao processo de afastamento do trabalho | Com quem você conversou sobre isso (a percepção de que não estava bem)? Com quem você contou para te ajudar? Levar ao médico, cuidar? E hoje? O que você pensa que te levou a precisar se afastar? |
| Percepção do processo de adoecimento | Quando você começou a perceber que não estava bem? Pensando no que te levou ao afastamento por LTS, o que você faria diferente se pudesse voltar no tempo? |
| Percepção do processo de tratamento | O que o médico disse que você teve/tem? Você concorda? Qual o tratamento que o médico disse que você teria que fazer? Você concorda? Que tipo de tratamento você fez/faz? |

As categorias temáticas de análise foram formadas com base no modelo misto proposto por Laville & Dionne (1999), no qual as categorias de análise são selecionadas antecipadamente. Essas categorias foram construídas a partir do roteiro de entrevista que está apoiado no aporte teórico da pesquisa.

Os resultados do *Inventário de Percepção de Suporte Familiar* (IPSF) foram tabulados conforme o padrão de escores totais do instrumento normatizado e determinado no procedimento. Este instrumento foi utilizado como critério de validade externa para o *Roteiro de Entrevista*.

A relação entre os resultados obtidos pela análise descritiva dos dados sobre idade, sexo, tempo de serviço, local de trabalho, TMC, resultado do IPSF e categorias de análise das entrevistas com os policiais, foi realizada com o *SPSS*. Para a análise das correlações entre os resultados das referidas variáveis, utilizou-se a Análise de Correlação de Pearson com o objetivo de demonstrar a relação entre estas.

As categorias da análise das entrevistas com os policiais, utilizadas nesse procedimento foram definidas com base no entendimento de que os itens do roteiro de entrevista rastream a percepção do suporte familiar por parte dos participantes. Foram elas:

- a) *visão da família sobre a profissão policial* - a imagem que a família tem da profissão policial reflete no suporte familiar. As respostas foram codificadas em positiva (código 1), negativa (código 2) e ambos (3) na medida em que um mesmo policial deu respostas positivas e negativas para essa pergunta.
- b) *desejo de que o filho seguisse a carreira policial*- respostas a essa categoria estão associadas à imagem social e familiar da profissão e, conseqüentemente, à percepção do suporte familiar. As respostas sim, receberam o código 1 e as respostas não, receberam o código 2. As respostas *sim, mas* (condicionais) foram codificadas como sim e, portanto, receberam o código 1.
- c) *relações sociais* - restritas às relações familiares ou ampliadas refletem o suporte familiar. As respostas foram codificadas com 1 para aquelas que se relacionavam somente com a família e 2 para as que se relacionavam de forma ampliada (família, amigos, comunidade).

- d) *com quem compartilha quase tudo na vida* – está diretamente relacionada ao suporte percebido. As respostas foram codificadas em 1 quando citavam membros da família e 2 quando se referiam a pessoas fora da família.
- e) *apoio recebido durante a vida* – percepção de suporte familiar está igualmente relacionada à percepção de apoio da rede social mais próxima ou ampliada. As respostas foram codificadas em 1 para o apoio familiar, 2 apoio de membros da família e fora da família, 3 para pessoas de fora da família e 4 para ninguém.
- f) *apoio recebido durante a LTS* – o afastamento do trabalho mobiliza necessidade de suporte familiar. As respostas foram codificadas 1 para família, 2 para ambos, 3 para pessoas de fora da família e 4 para ninguém.
- g) *para quem falou sobre seus sintomas* – falar sobre o problema de saúde reflete necessidade de suporte. As respostas foram codificadas da mesma forma que a anterior.
- h) *com quem contou durante a LTS* – o apoio recebido durante o afastamento do trabalho reflete suporte familiar. As respostas foram codificadas da mesma forma que a anterior.

Os resultados da pesquisa foram organizados de acordo com o método de investigação previsto nos procedimentos, quais sejam, dados do SIGRH, IPSF e entrevista, que serão objeto de discussão no próximo capítulo. Primeiramente, serão apresentados os resultados sobre os dados de prevalência, por meio dos dados do SIGRH para, em seguida, serem apresentados os dados do IPSF e das entrevistas com os policiais e familiares. Ao final são expostos os resultados das correlações entre o IPSF, quadros diagnósticos e categorias da entrevista que dizem respeito ao suporte familiar.

5.1. ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS DO SIGRH SOBRE OS POLICIAIS AFASTADOS DO TRABALHO POR TMC NOS ANOS DE 2009 E 2010 (N=148)

Os dados analisados no presente estudo foram extraídos do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH), informatizado e consolidado desde 1992, com base de dados abrangente e integrada. A partir dessa base de dados, é possível obter informações atualizadas e precisas de todos os servidores do Estado sobre sua vida pessoal e funcional. Segundo Cunha, Blank e Boing (2009), os dados do SIGRH oferecem ótima completude e fidedignidade.

Para descrever a prevalência de transtornos mentais e comportamentais em termos de estatística descritiva, as informações coletadas dos dados do SIGRH sobre os afastamentos por TMC em 2009 e 2010 foram sistematizadas visando identificar a frequência das variáveis sob investigação: idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço, cargo e local de trabalho.

Os resultados indicam que os policiais afastados por TMC em 2009 e 2010 ($n=148$) apresentam idade média de 45,5 anos ($Dp= 9,31$) e uma moda de 53 anos (fig. 1), com amplitude amostral de 23 a 63 anos. Dentro desse universo, o número de homens e mulheres ficou equilibrado (tabela 5), com 51,3% de policiais do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino. O nível de instrução da amostra indicou maior ocorrência de policiais com nível médio (43,9%), seguido de 39,2% de policiais com nível superior. A saber, somente no último

concurso (2010) foi exigido nível superior para todos os cargos. Até então, para os cargos de escrevente e investigador (hoje agentes de polícia), a exigência era do ensino médio.

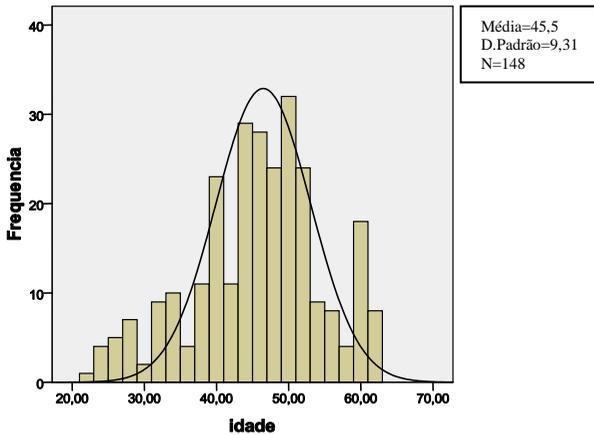


Figura 1. Distribuição por idade (n=148)

Tabela 5. Distribuição percentual do sexo e escolaridade (n=148)

| <i>Sexo</i> | <i>Frequência</i> | <i>%</i> |
|-------------|-------------------|----------|
| Feminino | 76 | 51,3 |
| Masculino | 72 | 48,6 |
| Total | 148 | 100,0 |

| <i>Escolaridade</i> | | |
|---------------------|-----|-------|
| Ensino fundamental | 2 | 1,4 |
| Ensino médio | 65 | 43,9 |
| Superior | 58 | 39,2 |
| Especialização | 19 | 12,8 |
| Mestrado | 4 | 2,7 |
| Total | 148 | 100,0 |

A relação entre tempo de serviço e frequência de afastamento por TMC (fig. 2) apresentou variação significativa aos 5, 15 e 25-26 anos, em distribuição que varia dos dois aos 38 anos de tempo de trabalho em policiais afastados do trabalho por TMC.

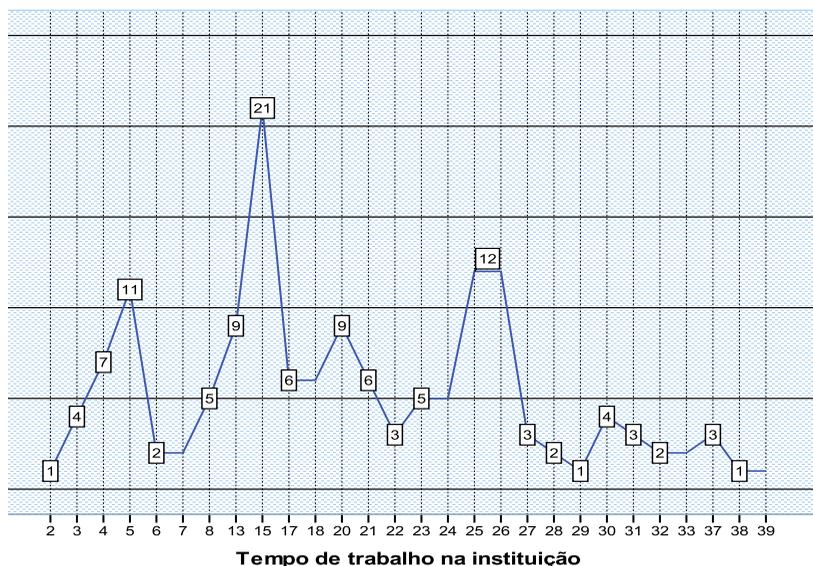


Figura 2. Frequência de tempo de serviço (n=148)

O cargo de agente de polícia (67,6%) seguido do cargo de escrivão de polícia (18,2%) são os que apresentam maior número de afastamentos (tabela 6), mas também são os que representam o maior efetivo da instituição policial de Santa Catarina, sendo 2.200 agentes de polícia e 533 escrivães. Assim a distribuição dos cargos dos policiais afastados está proporcional ao efetivo institucional apresentando 12,9% de delegados afastados para um efetivo de 411 policiais e 1,4% psicólogos em afastamento por TMC para um número de 28 profissionais na instituição. Entretanto, observa-se que as mulheres são em maior número que os homens nos cargos de escrivão e psicólogo, enquanto os homens recebem maior frequência nos cargos de agente de polícia e delegado que são cargos mais operacionais.

Tabela 6. Distribuição percentual do cargo e sexo (n=148)

| <i>Cargo</i> | <i>Sexo</i> | | | | | |
|---------------------------|-------------|------|-----|------|-------|-------|
| | Fem | % | Mas | % | Total | % |
| Agente de Policia Civil | 48 | 32,4 | 52 | 35,1 | 100 | 67,6 |
| Delegado de Polícia | 7 | 4,7 | 12 | 8,1 | 19 | 12,9 |
| Escrivão De Polícia Civil | 19 | 12,8 | 8 | 5,4 | 27 | 18,2 |
| Psicólogo Policial Civil | 2 | 1,3 | - | - | 2 | 1,4 |
| Total | 76 | 51,3 | 72 | 48,6 | 148 | 100,0 |

O local de trabalho que apresentou maior ocorrência de policiais afastados foram as Delegacias de Comarca (tabela 7), com percentual de 49,3% de afastamentos em relação ao total. Essas delegacias estão espalhadas por todo Estado atendendo o usuário do serviço policial desde o registro do Boletim de Ocorrência (BO) até investigações de casos. Por apresentarem maior número de afastamentos por TMC foi examinado o CID desses policiais (tabela 8) e verificou-se que mais da metade (57,3%) apresentaram diagnóstico de transtorno de humor (F30 a 39) enquanto 30,5% dos casos pertenciam a categoria dos transtornos F40 a F48 (transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes).

Tabela 7. Distribuição percentual do local de trabalho e CID F (n=148)

| <i>Locais de trabalho</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>%</i> |
|---|-------------------|----------|
| Delegacia de Polícia de Comarca | 73 | 49,3 |
| Delegacias Regionais de Polícia | 17 | 11,7 |
| Del. Proteção (criança, adolesc., mulher e idoso) | 15 | 10,1 |
| Central de Polícia | 13 | 8,8 |
| Delegacia de Polícia Municipal | 11 | 7,4 |
| Delegacia Geral da Polícia Civil | 7 | 4,7 |
| Consultoria Jurídica | 2 | 1,4 |
| Diretoria de Polícia da Grande Florianópolis | 2 | 1,4 |
| Academia da Polícia Civil | 1 | 0,7 |
| Corregedoria da Polícia Civil | 1 | 0,7 |
| Corregedoria Geral | 1 | 0,7 |
| Del. Delitos de Transito e Crimes Ambientais | 1 | 0,7 |
| Departamento Estadual de Transito | 1 | 0,7 |
| Diretoria Administrativa e Financeira | 1 | 0,7 |
| Diretoria de Investigações Criminais | 1 | 0,7 |
| Polícia Interestadual | 1 | 0,7 |
| Total | 148 | 100,0 |

Tabela 8. Distribuição da ocorrência de quadros diagnósticos F (CID-10) nas Delegacias Polícia de Comarca

| <i>Quadros diagnósticos F (CID-10)</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>%</i> |
|--|-------------------|----------|
| F10 - F19 | 13 | 9,9 |
| F20 - F29 | 3 | 2,3 |
| F30 - F39 | 75 | 57,3 |
| F40 - F48 | 40 | 30,5 |
| Total | 131 | 100,0 |

Concluindo, os policiais afastados do trabalho por TMC nos anos 2009 e 2010 (n=148), apresentam idade média de 45,5 anos de idade, com desvio padrão de 9,31, indicando uma amostra heterogênea quanto a varável idade. Contudo, em relação ao sexo, demonstrou equilíbrio com 53,3% de mulheres e 48,6% de homens. O nível de instrução da amostra também não variou muito entre nível médio (44%) e nível superior (39%).

O tempo de serviço dos policiais afastados (n=148) está discretamente concentrado na faixa de 15 anos, embora a amostra se constitua de policiais com dois anos de profissão, como tempo mínimo e 38 anos de trabalho como tempo máximo. As delegacias de comarca foram os locais com maior concentração de afastamentos e os diagnósticos de maior prevalência foram os transtornos de humor (F30-39) com 57%, seguido dos transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-49) com 30,5%.

5.2. ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS DO SIGRH SOBRE OS 19 POLICIAIS PARTICIPANTES

Após a análise descritiva, foi realizada a análise inferencial com o objetivo de estimar parâmetros para a população geral de policiais afastados do trabalho por TMC relacionando os diagnósticos de TMC (CID 10) da amostra (n=148) com as variáveis: sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, cargo e local de trabalho, utilizando-se o programa *SPSS*.

O teste chi-quadrado foi utilizado para examinar a existência de diferença significativa na distribuição dos quadros diagnósticos dos policiais afastados do trabalho por TMC em 2009 e 2010 e os resultados indicaram que existe uma diferença significativa e não aleatória presentes na amostra pesquisada (chi-quadrado=355,18(4) sig <0,000).

Os homens apresentam diagnósticos de TMC diferentes das mulheres. É mais comum os homens serem diagnosticados com Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (F20-29) e de Transtornos do Humor (F30-39) enquanto as mulheres apresentaram maior número de diagnósticos de Transtornos do Humor (F30-39) e de Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados com Estresse e Transtornos Somatoformes (F40-48).

O tempo de serviço igualmente apresentou diferença significativa quando relacionado com os quadros diagnósticos de TMC,

demonstrando que quanto menor tempo de serviço, maior é a tendência dos policiais apresentarem transtornos do humor (F30-39) e transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-48). A prevalência de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29) é mais comum em policiais com maior tempo de serviço.

Não foi encontrada relação entre diagnóstico e escolaridade nos policiais estudados, indicando que não há influência da escolaridade no tipo de diagnóstico. Contudo, a utilização do recurso da inspeção visual apresentada na figura 3 leva a crer que os policiais com ensino médio completo e superior incompleto apresentam maior ocorrência de diagnósticos de Transtornos do Humor (F30-39) enquanto os policiais com ensino superior completo e especialização, apresentam maior presença de diagnósticos de Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados com Estresse e Transtornos Somatoformes (F40-48).

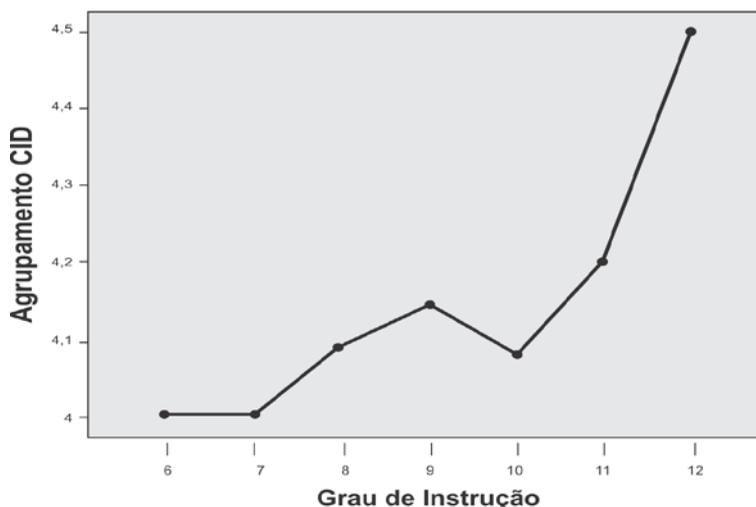


Figura 3. Associação entre CID F e grau de instrução

O mesmo ocorre quando foram relacionados os diagnósticos de TMC e a idade dos policiais estudados. Não é possível afirmar que há uma relação considerando somente os resultados numéricos, mas, a figura 4, sugere que os policiais mais jovens apresentam quadros diagnósticos de transtornos do humor (F30-39) e transtornos neuróticos,

transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-48), enquanto os mais velhos apresentam tendência ao diagnóstico de transtorno de humor (F30-39).

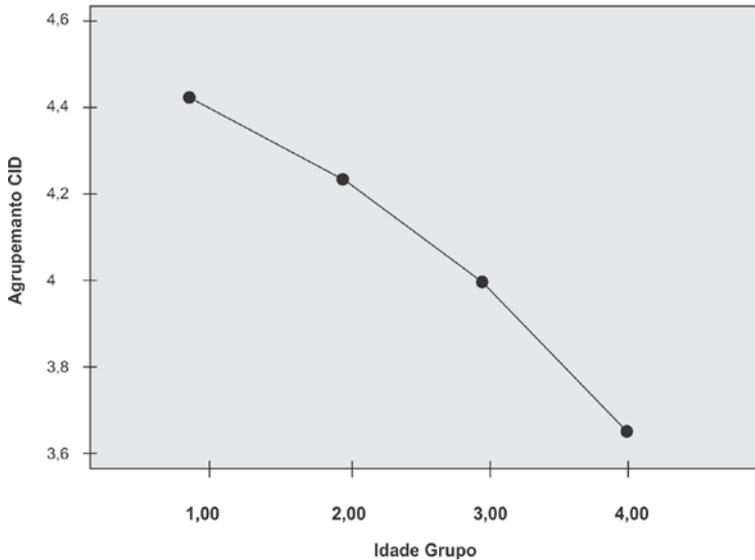


Figura 4. Associação entre CID F e idade

Quanto ao cargo da mesma forma que referido anteriormente, a diferença apresentada não é significativa, mas a inspeção visual (figura 5) indica que enquanto a maioria dos cargos varia entre os transtornos do humor (F30-39) e transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-48), o cargo de psicólogo policial tende mais aos quadros de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-48). O cargo de delegado, apresentou tendência à quadros diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29) e transtornos do humor (F30-39).

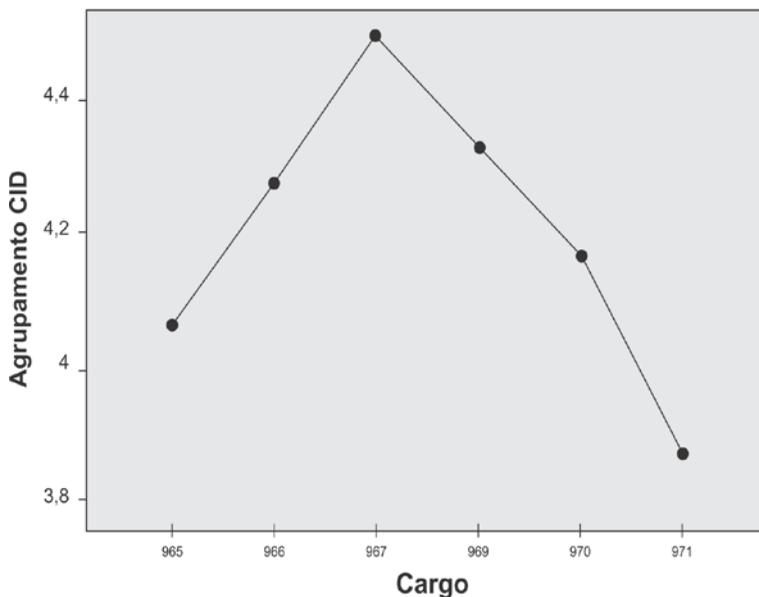


Figura 5. Associação entre CID F e o cargo

Para verificar a relação entre os quadros diagnósticos e o local de trabalho, transformou-se o local de trabalho em duas categorias: trabalho administrativo e trabalho operacional. Os resultados não foram significativos e o transtorno de humor (F30-39) foi o diagnóstico mais frequente nas duas categorias.

Em síntese, as variáveis escolaridade e local de trabalho não demonstraram influenciar os tipos diagnósticos da amostra. A idade do policial e o cargo também não apresentaram uma associação significativa com o CID, embora a análise dos gráficos sugira que os policiais mais jovens estão mais propensos a transtornos de humor (F30-39) e transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes (F40-48) e que o cargo de delegado apresentou uma tendência a diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29) e transtornos de humor (F30-39).

As variáveis sexo e tempo de serviço apresentaram uma diferença significativa quando associadas ao CID. As mulheres tendem a diagnósticos de transtornos de humor (F30-39) e transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes (F40-

48) e os homens a diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29) e transtornos de humor (F30-39). Quanto ao tempo de serviço, há uma propensão à esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29) para os policiais com maior tempo na instituição policial.

5.3. INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR (IPSF)

O IPSF (Baptista, 2009) foi utilizado com o objetivo de avaliar o quanto o policial percebe o seu suporte familiar derivado tanto de sua família nuclear (pais e irmãos) quanto da família que constituiu considerando três fatores: Afetivo-consistente, Adaptação e Autonomia. O IPSF foi aplicado nos 19 policiais que se dispuseram a participar das entrevistas. Os resultados foram pontuados a partir da utilização de um crivo de respostas e interpretados em percentis indicados como baixo, médio-baixo, médio-alto e alto, específico para cada fator, indicados em tabelas de distribuição das estatísticas, separadas de acordo com o sexo, conforme normas de correção do instrumento.

O primeiro fator denominado Afetivo-Consistente possui 21 itens e avalia a expressão verbal e não verbal da afetividade entre os membros familiares, do interesse, da proximidade, do acolhimento, da comunicação, da interação, do respeito, da empatia, da clareza nas regras intrafamiliares, da consistência de comportamentos e verbalizações e das habilidades na resolução de problemas, cujos percentis são: Baixo (0-21), Médio-Baixo (22-28), Médio-Alto (29-33) e Alto (34-42). O resultado geral para esse fator apresentou 36,84% dos participantes com percentil Alto, 31,58% com percentil Baixo, 15,79% Médio-Alto e 15,79% Médio-baixo assim distribuídos (figura 6):

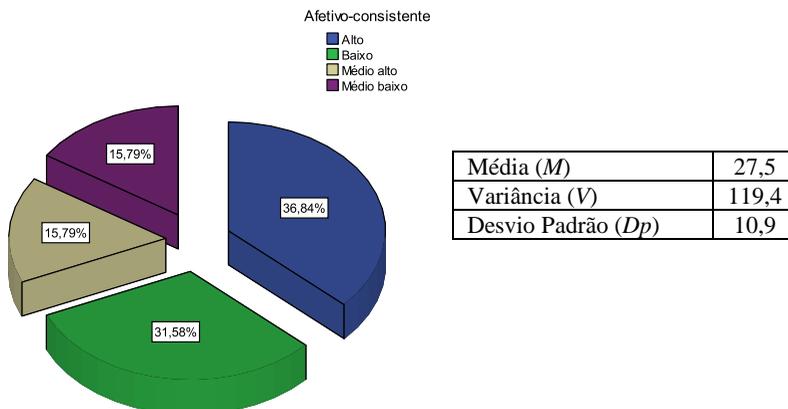


Figura 6. Distribuição dos policiais segundo grupo percentil na dimensão afetivo-consistente (n=19)

Este fator apresentou resultados equilibrados entre si. Ainda que a maioria perceba sua família como afetiva, próxima, com boa interação, respeito, boa comunicação, com regras claras, conseguindo resolver seus problemas adequadamente, indicados pelo percentil alto (A) há pouca variação entre essa percepção (A) e a sua oposta (percentil baixo - B), uma vez que os resultados encontrados se distanciam pouco entre si: A=8 e B=6. Assim, a metade dos policiais tem uma boa percepção sobre esse item em relação a sua família e a outra percebe sua família como pouco afetiva, pouco interessada em suas atividades e distante, com pouca clareza sobre as regras familiares e com dificuldades na comunicação.

O segundo fator avaliou o quanto o policial se sente adaptado a sua família por meio de sentimentos e comportamentos negativos em relação à família. Os resultados apontaram que 31,58% dos participantes apresentaram percentil Baixo, 26,32% percentil Alto, 21,05% apresentaram percentil Médio-Alto e 21,05% dos participantes apresentaram percentil Médio-Baixo. Também indicaram que um pouco mais da metade dos policiais percebe-se incompreendida pela família, isolada e com sentimentos negativos em relação a ela enquanto a outra metade tem percepção oposta (figura 7).

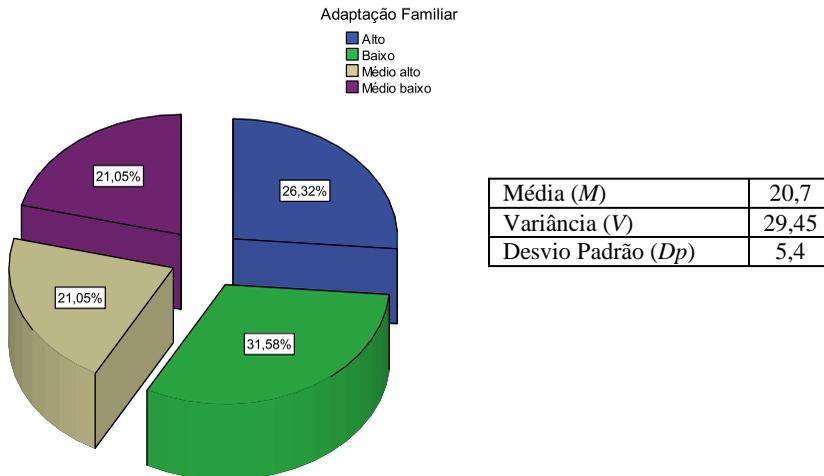


Figura 7. Distribuição dos policiais segundo grupo percentil na dimensão adaptação familiar (n=19).

A última dimensão, denominada autonomia, se refere a sentimentos de confiança, liberdade e privacidade em relação à família e avalia a percepção de autonomia do participante em relação a sua família. Os resultados foram menos homogêneos que os encontrados nas dimensões anteriores (figura 8).

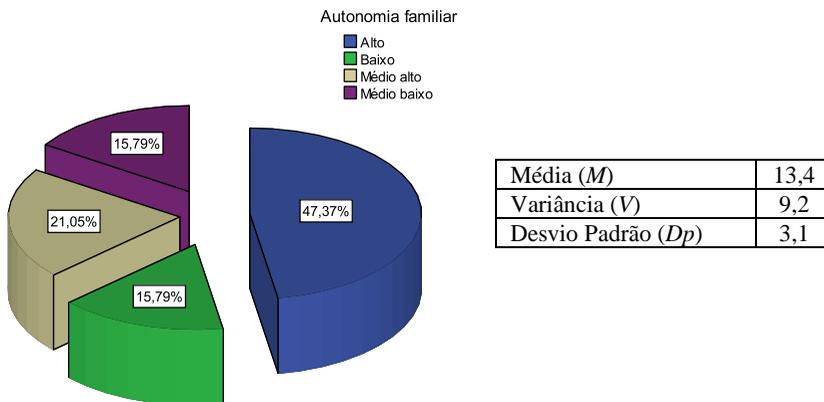


Figura 8. Distribuição dos policiais segundo grupo percentil na dimensão autonomia familiar (n=19).

Os resultados indicaram uma diferença entre si, apresentando um maior número de policiais com percepção de liberdade e autonomia para realizar suas tarefas, bem como percepção de privacidade entre os membros da família (47,37%=Alto). Apenas 3 apresentaram escore Baixo, 4 o escore Médio-Alto e 4 Médio-Baixo.

A análise dos fatores amplia a possibilidade de ponderação de um percentil geral sobre a percepção de suporte familiar dos participantes da pesquisa, cujos resultados estão dispostos na figura 9.

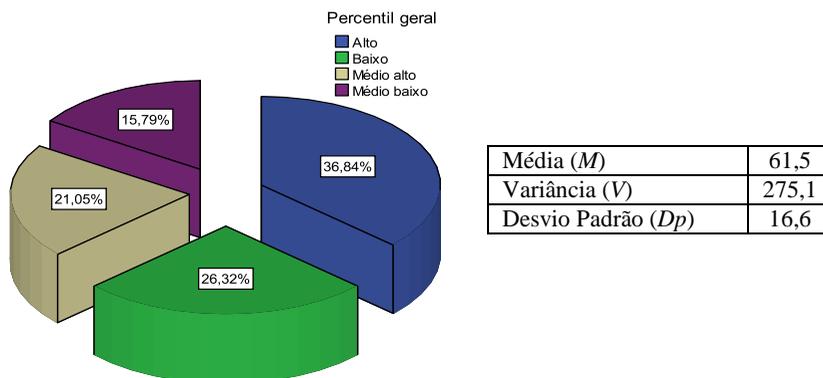


Figura 9. Distribuição dos participantes segundo grupo percentil geral (n=19).

A análise do percentil geral do IPSF dos 19 policiais estudados indica que 36,84% deles demonstra ter boa percepção sobre o suporte familiar recebido enquanto 26,3% não nota que recebe apoio de sua família. A maioria da amostra(47,37%), somando-se os percentis médio-baixo e médio-alto, entende que o apoio recebido poderia ser maior.

5.4. RESULTADO DAS ENTREVISTAS

O roteiro de entrevista foi aplicado no policial e em um familiar por ele escolhido para participar da pesquisa. A análise das respostas sobre a experiência de afastamento do trabalho por TMC e a percepção do suporte familiar recebido tanto para os policiais quanto para seus familiares, permitiu estabelecer categorias significativas à organização dos conteúdos, de acordo com os sentidos atribuídos pelos respondentes.

Os conteúdos agrupados formaram categorias temáticas de análise e foram estruturados em tópicos que refletem metodologicamente a investigação da realidade. Foi a partir dessas categorias de investigação da realidade que os resultados foram organizados em tabelas que apresentam a ocorrência de percepções que explicam parcial ou completamente as categorias pesquisadas.

Foram um total de 19 policiais e 13 familiares entrevistados, perfazendo um total de 32 entrevistas analisadas. Dos policiais participantes, dois são delegados de um universo de 411 delegados na Polícia Civil de Santa Catarina, 12 são agentes de polícia de um total de 2.200 agentes e 5 são escrivães pertencentes a uma categoria com 533 profissionais.

Quatro entrevistas ocorreram no local de trabalho. A preferência dos participantes foi a realização da mesma nas suas casas. Houve boa receptividade na efetivação do procedimento tanto por parte do policial quanto do familiar e ao final de cada entrevista a importância dessa atividade foi enfatizada por eles, acrescentada à sensação de não se sentirem compreendidos pela instituição e pelos colegas de trabalho.

A realização da entrevista com os familiares (n=13) apresentou algumas dificuldades ou por parte do policial que não se mostrou a vontade para a realização do procedimento ou pelo familiar que não se dispôs a participar. O acesso ao familiar foi dado pelo policial que escolheu o membro da família para participar da pesquisa. Dos 19 policiais entrevistados, um deles só aceitou participar da pesquisa se a família fosse dispensada. Outro indicou a cunhada e muitas questões foram prejudicadas devido ao desconhecimento da mesma sobre a vida do policial. Um policial só tinha a esposa para indicar, mas não houve condições de incluí-la devido à dificuldade intelectual e auditiva para responder às perguntas, alertado anteriormente pelo policial e confirmada pela pesquisadora durante a entrevista.

Outro policial indicou a irmã que ao contato com a pesquisadora, alegou desconhecer a vida do policial o que inviabilizaria o trabalho e indicou outro irmão para a entrevista. Em contato novamente com o policial que já havia sido entrevistado, relatando a impossibilidade de fazer a entrevista com a pessoa indicada por ele e propondo a indicação do irmão aventada por ela ao telefone, o policial não se mostrou disposto a mudar a indicação e a entrevista com o familiar acabou não acontecendo. Um policial indicou a filha para participar e foram feitas diversas tentativas para realização da entrevista, mas sempre era colocada uma dificuldade e, por fim, a entrevista não aconteceu. Por

último, um policial indicou uma amiga que se dispôs a realizar a entrevista em contato telefonico com a pesquisadora, mas devido às viagens de trabalho dela, não foi possível realizar o procedimento depois de duas tentativas.

Na maioria das vezes, a quantidade de ocorrências dos fatores apresentados não reflete a quantidade de sujeitos, dado que cada participante, não foi restringido a expressar uma única resposta. A seguir, por intermédio de tabelas, estão demonstradas as categorias, os fatores e o número de ocorrências decorrentes da entrevista, bem como exemplos de respostas dadas pelos participantes, ilustrando o procedimento de análise.

Primeiramente, serão apresentadas as análises das entrevistas dos policiais seguidas da análise das entrevistas com os familiares para serem discutidas no capítulo 6, conforme citado anteriormente.

5.4.1. Resultado das entrevistas com os policiais

5.4.1.1. Categoria: Conflito entre a expectativa e a realidade da profissão

Com o intuito de estabelecer o *rapport* necessário para a realização da entrevista, inicialmente as perguntas trataram de conteúdos sobre a motivação inicial a respeito da carreira policial e as mudanças ocorridas nessa perspectiva a partir da vivência do trabalho policial e dos eventos recordados como os mais importantes durante a vida profissional (tabela 9).

Tabela 9. Expectativa e a realidade da profissão na visão do policial

| <i>Como vê a profissão hoje</i> | | |
|---------------------------------|-------------------|--|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de resposta</i> |
| Decepção | 14 | “Não tenho mais amor a minha profissão. Hoje o coração não bate mais forte. Me senti traída”. (PC 7) |
| Falta de apoio | 9 | “... a gente não tem estrutura e ninguém por nós. Quem comanda não tá nem aí. Hoje é fazer só o que mandam, só o que tem pra fazer”. (PC 19) |
| Falta de Reconhecimento | 7 | “A gente dá tudo de si e não é reconhecido. Eu quis sair uma vez, mas aí faltava 10 anos (para se aposentar) e acabei ficando”. (PC 15) |

| <i>Como vê a profissão hoje</i> | | |
|---|-------------------|--|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de resposta</i> |
| Fazer o necessário (obrigação) | 5 | "(...) fazendo a minha parte, mas não extremada como eu era. Me desgastei demais e na hora que eu precisei não tive apoio". (PC 11) |
| Desvalorizado | 4 | "Um tormento! Não vejo a hora de me aposentar. Completo 25 anos dia (...) e é para isso que eu vivo. Investi minha vida inteira nisso. Esses 23 anos de serviços prestados acabaram comigo". (PC 14) |
| Profissão necessária, importante | 5 | "Função de sacrifício já que atrativos financeiros e condição de trabalho são mto poucos. É necessária para a sociedade, mas falta apoio, as vezes você tem que usar aparelhos seus porque a policia não tem". (PC 2) |
| Trabalho estressante | 3 | "É viver no fio da navalha! Ter que tomar a decisão de dar um tiro em alguém ou entrar numa casa que você não conhece. Você precisa de um apoio da instituição, assumir a responsabilidade pela decisão que o você precisou tomar naquele momento". (PC 5) |
| Profissão para jovens | 1 | "Você tem que ter juventude e energia. Tinha que ter um tempo na delegacia e depois ir para o burocrático". (PC 12) |
| <i>Visão da profissão policial quando ingressou na instituição</i> | | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de resposta</i> |
| Expectativa idealização | 16 | "Entrei por amor (...), acreditava na instituição, que poderia ajudar as pessoas". (PC 14) Tinha muita expectativa que os problemas de violência e criminalidade pudessem ser resolvidos". (PC 18) |
| Oportunidade | 3 | "Não entrei por vocação. Era o primeiro concurso, passei e fiquei". (PC 9) |
| <i>Evento no trabalho que mais marcou sua vida</i> | | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Temas</i> |
| Sucesso no trabalho | 15 | Recuperação de presos em fuga, mortes, salvamentos, solução de casos, acolhimento às vítimas de violência sexual. |
| Problemas no trabalho | 4 | Tortura/ uso de força física com suspeitos/presos, problemas com a chefia, problemas com colegas. |

Dos 19 policiais entrevistados, somente dois não se referiram aos aspectos negativos da profissão e fator “trabalho estressante” que recebeu evidente atenção dos estudiosos conforme indicado na revisão de literatura desta pesquisa, é citado apenas 3 vezes. A percepção de “decepção” em relação ao trabalho foi referida 14 vezes, podendo ser associada às percepções de falta de apoio (9 ocorrências) e de desvalorização (4 ocorrências). A posição de “fazer o necessário” (5 ocorrências) indica que o policial não percebe mais o seu trabalho como uma forma de realização pessoal, mas atua como um cumpridor de obrigações.

Como se pode observar a maioria dos policiais (16) referiu ter escolhido a profissão baseado na idéia de participação para a construção de um mundo melhor, um compromisso em fazer algo a favor da sociedade, como um ideal de vida. Os policiais mais velhos citaram que os novos policiais pensam de forma diferente deles quando entraram: estão menos ingênuos e usam a Polícia Civil como um degrau para outros concursos em instituições como a Polícia Federal ou outras afins que têm melhores salários. É uma crítica aos novos policiais que, segundo eles, entram pra instituição sem querer trabalhar, sem “vestir a camisa”, como assim eles fizeram quando iniciaram a carreira policial.

Entretanto, os três policiais que relataram que entraram para a Polícia Civil porque foi a oportunidade que surgiu na sua vida, ou seja, não foi uma escolha a priori, eram policiais com mais de 20 anos de profissão. Ainda assim, apenas um deles indica que não deveria ter feito o concurso, enquanto os outros dois afirmam que com o tempo, acabaram por gostar e se encontrar na profissão policial.

As vivências relatadas como as mais marcantes da sua vida profissional foram situações de risco vivenciadas no trabalho, mas que obtiveram sucesso na ação policial (15 ocorrências), verbalizadas com orgulho e satisfação pela realização do trabalho. Era a indicação de que esses momentos tinham sido os mais satisfatórios vividos na carreira policial. Contudo, quatro policiais recordaram exatamente das situações que o levaram ao afastamento do trabalho. Foram relatos de mágoa e emoção, descritos detalhadamente, como que para entender o que havia de fato ocorrido.

5.4.1.2. Categoria: Imagem Social da Profissão pelo olhar do policial

O objetivo foi compreender a visão que o policial tem sobre a sua profissão, indagando-o sobre a imagem social que ele pensa que os outros têm da sua profissão e a imagem que ele mesmo tem quando

questionado sobre o desejo de continuidade da profissão policial por um filho ou por alguém que ocupe esse lugar no caso do policial sem filho.

Tabela 10. Imagem social da profissão pelo olhar do policial

| <i>Visão da família sobre a profissão policial</i> | | |
|---|-------------------|--|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de resposta</i> |
| Admiração, orgulho, respeito | 9 | "A família inteira tem orgulho. Eu não tenho muito não, mas eles tem". (PC 9) |
| Bons olhos | 4 | "Admiração. Minha mãe antes de morrer me disse que ficava muito satisfeita". (PC 1) |
| Tranquilidade | 3 | "É tranquilo. A família é toda ligada a justiça". (PC 11) |
| Preocupação, medo | 3 | "Normal. Aceitaram, mas hoje tem um pouco de medo de haver vingança". (PC 19) |
| Não gostam | 3 | "A família não queria por conta das questões financeiras porque sabiam das dificuldades (família com outros policiais)". (PC 7) |
| Mal vista | 2 | "Meu pai foi um que disse que me pagava pra eu ficar em casa estudando com o salário que eu tinha". (PC 16) |
| <i>Visão dos amigos/comunidade sobre a profissão policial</i> | | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de resposta</i> |
| Exclusão, preconceito | 10 | "As pessoas excluem a gente porque ficam cabreiros. Amigos que fumavam maconha ficavam quietos quando eu chegava. Eu me senti excluído". (PC 19) |
| Solicitação de ajuda | 8 | "É tranquilo, eles sempre pedem orientação". (PC 16) |
| Cobrança | 4 | "Procuo evitar ao máximo que saibam da minha profissão"(PC 9) |
| Descrédito | 4 | "A comunidade acaba desacreditando da Polícia porque a gente prende e a justiça solta"(PC 8) |
| <i>Continuidade da carreira policial pelos filhos</i> | | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de resposta</i> |
| Não | 15 | "Nunca! Não é vida pra ninguém!"(PC 9) "De jeito nenhum! Faço lavagem cerebral nele". (PC 7) |
| Sim | 2 | "Se ele tivesse vontade". (PC 19) |
| Sim (se delegado ou psicólogo) | 2 | "Penso que sim. Como é psicóloga teria um trabalho mais leve". (PC 12) |

A maior parte dos policiais estudados entende que a família tem uma visão positiva em relação à função policial (16 ocorrências). Entretanto, também foram citadas situações de desagrado de alguns membros de suas famílias ou por não verem a profissão com bons olhos (3 ocorrências) ou pelo medo que a família tem de que algo ruim aconteça ao policial em consequência do trabalho (2 ocorrências).

Quanto à visão dos amigos/comunidade sobre a profissão, o policial não atribui nenhuma qualidade à sua profissão, exceto as oito ocorrências referentes à solicitação de ajuda. Contudo, há 18 ocorrências para posições sociais que indicam atitudes negativas do contexto em relação à profissão. Esses resultados podem indicar que o policial percebe o contexto social de forma pouco amigável, podendo favorecer o isolamento social.

A visão que o policial tem sobre a sua profissão pode ser compreendida quando é questionado a respeito do desejo de um filho seu ou alguém considerado afetivamente importante para ele, seguir ou não sua profissão. Apenas dois policiais referiram que gostariam que seus filhos dessem continuidade à sua escolha profissional e dois referiram que sim desde que fosse para exercer uma função que, segundo eles, oferecia mais oportunidades e tranquilidade (delegado, psicólogo), sendo que o aspecto realçado por todos foi a estabilidade do emprego público. As respostas que indicaram não haver desejo de continuidade (15 ocorrências) foram veementes demonstrando o quanto a relação com o trabalho estava desgastada, confirmando o que já havia sido demonstrado na análise da categoria anterior apresentada.

5.4.1.3. Categoria: Mudança de comportamento

Nessa categoria o objetivo foi captar a percepção do policial sobre a influência do trabalho policial na sua vida, considerando que a literatura indica uma mudança de hábitos ao longo da carreira.

Conforme se pode observar na tabela 16, nenhum policial considerou não ter mudado seu comportamento depois que entrou para Polícia, sendo que três ocorrências citaram a maturidade como uma mudança. As ocorrências mais intensas, assim como percebe-se nas respostas anteriores, se remetem ao aspecto negativo da vivência profissional.

Tabela 11. Mudança de comportamento na visão do policial

| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
|--|-------------------|--|
| Desconfiado, Atento a tudo | 16 | "Sou meio neurótica em relação ao meu filho. Ele quase vive em cárcere privado! (...) Uma vez prendi o filho de um traficante e o pai dele me encontrou na rua e eu estava com ele. Ele me perguntou se era meu filho e eu não disse nada, mas entendi o recado. A única retaliação que ele pode fazer comigo é matar meu filho ou aliciá-lo para o tráfico". (PC 7) |
| Agressivo, Irritado, Impaciente, Mal-humorado | 11 | Fiquei mais agressivo, mais direto com as palavras. Eu não era assim tão radical como eu fiquei depois da polícia". (PC 15) |
| Uso de bebida/droga, Estressado, Doente, Envelhecimento | 7 | "No começo eu envelheci dez anos". (PC 9) "Adquiri o hábito de beber". (PC 10) "(...),mas psicologicamente me destruiu. Já tive tentativas de me matar. Tenho fibromialgia. Sou uma pessoa instável e até antissocial". (PC 14) |
| Ausente no lar, Separação | 4 | "Me separei e fiquei sozinha com minha filha de 9 anos". (PC 6) |
| Frio, endurecido | 4 | "Eu acho que endureci (...) Não perdi a ternura, mas minha maneira de me expressar com as pessoas ao meu redor mudou. A gente fica um pouco mais reservado, desconfiado". (PC 16) |
| Forte, Experiente, Maduro | 3 | "Mudou tudo. Comecei a ver a vida de outra maneira". (PC 12) |

5.4.1.4. Categoria: Apoio afetivo e material

O intuito desta categoria foi demonstrar a forma como o policial se relaciona com a sua rede social e familiar de forma geral, considerando as atitudes que favorecem ou não o recebimento de apoio da família e amigos.

Tabela 12. Relações sociais dos policiais

| <i>Relações Sociais</i> | |
|---|----|
| Familiares | 17 |
| Rede Ampliada (família/amigos/comunidade) | 2 |
| <i>Com quem compartilha quase tudo</i> | |
| Cônjuge | 8 |
| Amigo (a) | 4 |
| Deus | 2 |
| Irmã | 1 |
| Filho | 1 |
| Psicólogo | 1 |
| Primo | 1 |
| Ninguém | 1 |
| <i>Pessoa mais importante</i> | |
| Filho | 10 |
| Ele próprio | 2 |
| Família | 2 |
| Cônjuge | 1 |
| Neto | 1 |
| Ex-esposa | 1 |
| Mãe | 1 |
| Irmão (ã) | 1 |

A participação do policial em grupos mais ampliados, quais sejam, grupo de estudo, grupo religioso, grupo de trabalhos manuais, que indiquem uma relação social ampliada é restrita. Conforme se observa nos resultados (tabela 12), o policial mantém relações sociais restritas, ou seja, relacionadas mais à família ou a poucos amigos. Os relatos indicam que ambientes sociais mais ampliados geram maior tensão ao policial devido ao fato de se constituírem como ambientes de menor controle sobre os acontecimentos imprevisíveis dentro desse contexto.

Ao observar com quem compartilham quase tudo na vida verifica-se que a maior ocorrência (8) recai sobre o cônjuge e duas

ocorrências indicam “Deus” e uma indica “ninguém”. Sem considerar o aspecto religioso da questão, indicada pela palavra “Deus”, podemos considerar que dos 19 participantes três não têm concretamente alguém para contar sobre o que acontece consigo, confirmando a restrição de sua rede social.

Quanto à pessoa mais importante na vida, o filho aparece em primeiro lugar. Dentre os 19 participantes, apenas três não tinham filhos e dos 16, dez escolhem o filho como pessoa mais importante. Essa foi uma pergunta respondida com muita emoção por todos os participantes.

Tabela 13. Apoio recebido da rede social na visão do policial

| Percepção | | Ocorrência |
|-----------|-------------------|------------|
| Tipo | Emocional | 13 |
| | Financeiro | 6 |
| De quem? | Cônjuge | 8 |
| | Pais | 5 |
| | Amigo (a) | 5 |
| | Filho (a) | 5 |
| | Irmão (ã) | 4 |
| | Não procuro ajuda | 2 |
| | Psicoterapeuta | 1 |

O apoio recebido indicado pela maioria dos participantes foi o apoio emocional (13 ocorrências), seguido do apoio financeiro (6 ocorrências). A pessoa mais citada como responsável pelo apoio foi o cônjuge, seguido dos pais, amigos, filhos e irmãos. Entretanto, dois policiais relataram não pedir ou não receber apoio de ninguém, mesmo número que se refere à Deus na tabela 12. Interessante a ocorrência que menciona o psicoterapeuta como apoio emocional para se pensar na importância do trabalho do psicólogo na instituição para o policial em afastamento do trabalho. Considerando que a instituição possui psicólogos em seu quadro funcional, poderia haver um programa de atenção psicossocial ao policial em afastamento do trabalho.

Tabela 14. Formas do policial pedir ajuda à rede social de suporte

| <i>Percepção</i> | | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | | <i>Ocorrência</i> |
|------------------|---------------|-------------------|--|---------------|-------------------|
| Forma de pedir | Não pede | 8 | Como as pessoas sabem que precisam de ajuda? | Fica quieto | 10 |
| | Difícil pedir | 6 | | Fica agitado | 2 |
| | Fala | 5 | | Não demonstra | 2 |

Na tabela 14, fica clara a dificuldade do policial em pedir ajuda assim como o embaraço em demonstrar que precisa de ajuda, expressado na ocorrência mais frequente de ficar quieto, não falar nada com ninguém ou não demonstrar que precisam de ajuda. Somente cinco dos 19 policiais afirmam solicitar ajuda, verbalizando-a.

Tabela 15. Demonstrações de afeto do policial

| <i>Dos policiais para a família</i> | | <i>Da família para o policial</i> | |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Toque/Carinho | 7 | Não demonstram | 4 |
| Não demonstra | 7 | Telefonam | 5 |
| Conversando | 2 | Se preocupam | 5 |
| Fazendo contato | 4 | Solicitam presença | 5 |
| Protegendo | 1 | Toque/Carinho | 4 |
| Comprando coisas | 1 | Protegem | 2 |

Os policiais percebem mais a forma como recebem afeto da família (25 no total) do que a forma pela qual expressam o seu afeto para a família (22). Essa pergunta foi recebida com algum impacto na medida em que as respostas não eram dadas de forma imediata como para as perguntas anteriores. Havia um espaço de silêncio, de reflexão antes de responderem a pergunta. Muitas vezes, a resposta inicial era “eu não demonstro”, para em seguida vir algum acréscimo, como por exemplo, “eu ligo pra saber como eles estão”. Um participante verbalizou “não gosto, desconfio de demonstrações de afeto” (em função do que viveu com o filho – PC1).

Tabela 16. Comportamentos de ajuda do policial

| <i>Do Policial para a Família</i> | | <i>Da Família para o Policial</i> | |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|
| Percepção | Ocorrência | Percepção | Ocorrência |
| Fazendo coisas | 7 | Ligam/Conversam/Preocupam | 11 |
| Atenção/Cumplicidade | 4 | Não procuro ajuda | 8 |
| Orientação/Conselhos | 3 | Ficam juntos | 4 |
| Conversando | 3 | Conselhos/Preocupação | 4 |
| Não ajuda | 3 | Não ajudam | 2 |
| Financeira | 2 | Apoio Financeiro | 1 |

A percepção de maior ocorrência para o comportamento de ajuda do policial (tabela 16) para com a sua família foi a atitude de fazer coisas para ajudar, embora três policiais tenham relatado que não ajudam a família e oito policiais tenham verbalizado que não procuram ajuda (8 ocorrências). Esse resultado revela a dificuldade do policial de se ver na posição de pedir ajuda e a possível dificuldade da família em ajudá-lo.

5.4.1.5. Categoria: Apoio afetivo e material frente ao processo de afastamento do trabalho

Nessa categoria, o objetivo foi aprofundar a investigação sobre o apoio recebido, indagando sobre a percepção de apoio durante o período de afastamento do trabalho por TMC (LTS).

As pessoas mais próximas são as que ofereceram maior apoio ao policial durante o período de afastamento do trabalho (tabela 17). Os dados sugerem um equilíbrio entre o número de ocorrências para os fatores, cônjuge, família e amigos. Dois policiais indicam o apoio recebido do seu chefe imediato (delegado), mas essa atitude foi avaliada como uma iniciativa pessoal do delegado e não como uma ação da instituição.

Tabela 17. Apoio recebido durante o afastamento do trabalho

| <i>Apoio afetivo e material</i> | | |
|---------------------------------|-------------------|--|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
| Esposo | 10 | "Quem arrumou o psiquiatra pra me tratar foi minha esposa porque a gente sempre acha que é forte". (PC 2) |
| Família | 9 | "Minha mãe cuidava de mim, da minha filha, escondeu a minha arma, ficava atenta, cuidando, chamando pra comer e pra fazer coisas. O marido também. A instituição me apoia tirando as horas extras no momento que eu mais preciso". (PC 14) |
| Amigos | 8 | "(...) No início tive total apoio. Em outros momentos senti certo preconceito de outras pessoas (colegas de profissão)". (PC 16) |
| Psicólogo RH da Polícia | 3 | "Recebi apoio só da psicóloga da Polícia". (que procurou por iniciativa própria, PC 18) |
| Apoio do delegado | 2 | "Tive apoio do regional (delegado) que me liberava e dava o carro pra ir até Florianópolis para fazer terapia, mas não da instituição". (PC 11) |
| Ninguém | 1 | "Não recebi nenhum apoio da instituição". (PC 1) |

Para quem relatou e com quem contou

| | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
|--------------------|------------------|-------------------|----------------|------------------|-------------------|
| | Pra quem falou | Médico | | 6 | Com quem contou |
| Cônjuge | | 4 | Amigo | 4 | |
| Ninguém | | 4 | Família | 4 | |
| Colega de trabalho | | 3 | Ninguém | 3 | |
| Família | | 3 | Médico | 2 | |
| Psicoterapeuta | | 2 | Psicoterapeuta | 2 | |
| | | | | Colega trabalho | |

A maior ocorrência de respostas sobre para quem o policial falou sobre os problemas de saúde foi para o médico (6 ocorrências) e quando a pergunta foi sobre com quem o policial contou para apoiá-lo a respeito dos sintomas que estava sentindo, a grande maioria dos policiais se referiu ao cônjuge, seguido de amigos e família. Entretanto, importante ressaltar que três, dos 19 participantes, não contaram com ninguém e quatro não falaram a ninguém sobre o problema. Esses resultados indicam uma tendência ao isolamento social por parte do policial.

5.4.1.6. Categoria: Percepção sobre sua saúde física e emocional

As perguntas referentes a essa categoria objetivaram conhecer a percepção do policial a respeito dos sintomas que o levaram a se afastar do trabalho e dos motivos que o levaram a esse processo e o que imagina que poderia ter feito para obter outro resultado.

Os sinais/sintomas de saúde percebidos e relatados pelos policiais (tabela 18) compõem os quadros diagnósticos de TMC, conforme critérios da CID. Percebe-se o sofrimento nas verbalizações sobre como se sentiam antes de serem afastados do trabalho. O comportamento agressivo e irritado foi o sinal/sintoma visivelmente mais percebido pelos policiais (10 ocorrências) além de comorbidade como problemas de sono, pressão alta, dor de cabeça, emagrecimento, perda de memória e dificuldades na execução do trabalho.

Tabela 18. Sinais e sintomas percebidos pelo policial.

| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de resposta</i> |
|---|-------------------|---|
| Irritabilidade /agressividade | 10 | "Muita irritação, instabilidade emocional, chorava por tudo, insônia, emagrecimento". (PC 9) |
| Medo/pânico/ choro fácil | 8 | "Estava prestes a matar aquele homem (chefe). Tinha crises de choro e medo. Começava a chorar e ficava difícil de parar. Hoje ainda acontece, mas controlo. Bebi muito nessa época"(PC 1) |
| Angústia/ sofrimento | 5 | "Não tinha clima pra trabalho. Sofria muito pra fazer qualquer coisa. Era excesso de trabalho, de disponibilidade. Estava disponível 24 hs porque não morava na cidade e ficava direto na delegacia. Era a cobrança da disponibilidade e a pressão do delegado que me elegeu como Cristo. Os outros podiam e eu não".(PC 2) |
| Problemas com sono | 4 | "Começava a chorar, esse choro se transformava em lamento e em seguida, gritos e auto mutilação (arranhar, bater). Hoje os sinais são inquietude, irritabilidade, insônia ou sono demais, só quero dormir"(PC 14) |
| Isolamento/ desânimo | 4 | "Não queria levantar da cama. Começou a pesar demais o serviço da delegacia". (PC 11) |
| Pressão alta/ dor de cabeça | 3 | "Comecei com pressão alta e dor de cabeça e não dormia. (...) Hoje preciso me preparar muito pra ir para o trabalho". (PC7) |
| Instabilidade humor | 2 | "Só percebi que não estava bem quando fiquei melhor. Na época não tinha essa noção. (...) Você tá tão instável que perdeu a noção da estabilidade". (PC 18) |
| Doenças pele e cabelo/ emagrecimento | 2 | "Comecei a ter dificuldades no trabalho, muito intolerante, agressiva em casa. Me fechei mais do que já sou e comecei a ter problemas de pele e queda de cabelo". (PC 3) |
| Perda memória/ dificuldades na execução do trabalho | 2 | "Tive um colapso, com perda de memória e tudo mais. (...) fui afastada. Quando voltei ao trabalho, tive outra explosão (...) e aí não voltei mais ao trabalho. Tinha crises de choro que nunca foi comum pra mim". (PC 8) |

Tabela 19. Motivos do afastamento do trabalho na visão do policial

| <i>Motivos do afastamento do trabalho</i> | | |
|---|--------------------|---|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrências</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
| Problemas no trabalho (chefia/colegas, sobrecarga de trabalho) | 11 | "Estresse violento no trabalho, situação familiar difícil, aí sobrecarregou. O neurologista me dizia pra me afastar do trabalho e eu dizia: não posso parar, não posso fraquejar, tenho que dar o exemplo!". (PC 9) "A depressão, em função da separação que teve por maior motivo o trabalho. Você tem duas mulheres: a polícia e a tua mulher. Normalmente a polícia ganha e tu perde a segunda. Aí fica sozinho". (PC 10) |
| Problemas no trabalho e familiares | 8 | "Quando entrou um delegado que começou a incomodar (...) Me humilhava na frente de todo mundo (...). A pior sala era a minha, o pior computador era o meu". (PC 15) "A primeira vez que eu tava numa situação de trabalho que não sabia o que fazer, já tinha medo de trabalhar por causa das questões de trabalho"(PC17) |
| O que faria diferente em relação ao trabalho se pudesse voltar no tempo | | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrências</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
| Trabalhar menos | 6 | "Talvez se eu levasse as coisas mais na flauta". (PC 2) |
| Reagir e impor mais sua posição nas relações de trabalho | 4 | "Ia ter mais atitude. Não ia deixar as pessoas pisarem tanto". (PC 13) |
| Pensar mais na família e em si próprio | 3 | "Pensar mais em mim, na minha esposa que faleceu e eu não dei atenção pra ela e para os meus filhos". (PC 4) |
| Procurar ajuda antes | 3 | "Eu teria procurado ajuda antes. Eu tenho problemas físicos decorrentes disso (...)". (PC 12) |
| Nada a fazer (instituição é responsável) | 2 | "Pergunta difícil porque tem coisas que podem acontecer independente da tua escolha, por exemplo, mudança de chefia. O que me revoltou foi que, independente do teu trabalho, para o Estado você é um número". (PC 5) |
| Outros | 2 | "Não faria o concurso". (PC 6) |

A compreensão do policial a respeito do motivo pelo qual foi afastado do trabalho, está relacionada à problemas no trabalho (tabela 19). Durante as entrevistas, nenhuma vez o problema familiar ou pessoal foi lembrado como o único responsável pelo afastamento, apenas como um agravante. O policial, por mais que considere que o problema pessoal possa ter contribuído para o seu afastamento, entende que o trabalho foi o elemento principal no seu processo de adoecimento.

Quando questionado sobre o que faria diferente na sua relação com o trabalho, caso pudesse voltar no tempo, suas respostas indicam têm noção que a forma como se relacionaram com os problemas no e com o trabalho contribuiu para o desfecho do afastamento. Entretanto, dois deles não conseguem pensar que eles poderiam ter feito qualquer coisa diferente pra mudar a realidade. É a percepção de impotência diante de uma realidade que o policial não acredita que possa ser mudada.

5.4.1.7. Categoria: Percepção do processo de tratamento

A finalidade das perguntas desta categoria foi compreender a percepção do policial a respeito do quadro diagnóstico e tipo de tratamento.

Tabela 20. Diagnóstico e tratamento na visão do policial

| <i>Diagnóstico Médico</i> | |
|-------------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Depressão | 15 |
| Estresse | 2 |
| TEPTS | 1 |
| Transtorno Bipolar | 1 |
| Dependência química | 1 |
| <i>Tratamento Recomendado</i> | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Medicação | 19 |
| Psicoterapia | 4 |
| Atividade Física | 3 |
| Outros | 3 |

Os resultados (tabela 20) demonstram que o policial sabe sobre o diagnóstico que o levou ao seu afastamento do trabalho e os dados confirmam a classificação do CID definidos pela Perícia Médica e registrada no cadastro do SIGRH. Entretanto, isso não indica que compreendem as características do diagnóstico que lhe foi instituído pelo médico. Todos os policiais revelaram que estavam usando medicação psiquiátrica conforme prescrição médica, mas destes apenas três estiveram em acompanhamento psicoterápico e três fizeram atividade física como parte do tratamento proposto.

5.4.2. Resultados das entrevistas com os familiares participantes

Conforme mencionado anteriormente, foi o policial que indicou a pessoa da família que iria participar da entrevista familiar. As entrevistas foram realizadas com 13 familiares dos 19 policiais participantes, sendo que dois deles eram policiais também e trabalhavam no mesmo local que o policial pesquisado. O roteiro da entrevista foi basicamente o mesmo, com algumas mudanças no direcionamento das perguntas e com a exclusão de outras perguntas para adequação da proposta do estudo. O objetivo foi entender o que pensa o familiar sobre a profissão policial e sobre o policial nas suas relações familiares e sociais, bem como, a compreensão e sua participação no processo de afastamento do trabalho do policial.

Os parceiros (as) foram os escolhidos pelos policiais casados e os solteiros variaram entre mãe, irmão, cunhada e amiga (tabela 21). É importante ressaltar que a cunhada escolhida para participar da entrevista se surpreendeu com apresentou dificuldades para responder algumas perguntas por não ter conhecimento sobre o processo vivido pelo policial, com prejuízo para a análise de algumas respostas. Os outros participantes demonstraram conhecimento sobre o que o policial tinha passado durante o período de afastamento, mas ficou visível que alguns acontecimentos relatados pelos policiais não era do conhecimento do familiar.

Tabela 21. Grau de parentesco do familiar participante da entrevista (n=13)

| Grau relação | Freqüência |
|---------------------|-------------------|
| Esposo(a) | 7 |
| Irmão(ã) | 2 |
| Mãe | 2 |
| Amiga/Cunhada | 2 |

5.4.2.1. Categoria: Imagem social da profissão a partir do olhar do familiar

O objetivo foi entender a forma como a família percebe a profissão policial e qual a imagem que ele pensa que os amigos e a comunidade têm da Polícia e do policial.

Os familiares (tabela 22) não citaram nada positivo do trabalho policial apresentando expressões que indicam tanto aspectos trabalho policial quanto da visão social da profissão. Dois familiares relataram já terem tido interesse em ser policial e um deles, mas hoje, ao conhecerem de perto a profissão, não querem mais ser policial. Dos 13 familiares entrevistados dois são policiais e trabalhavam no mesmo local que o policial pesquisado. Ter a mesma profissão foi considerado positivo por eles, pois entendiam que esse fato gerava maior compreensão sobre algumas situações à qual estavam submetidos por serem policiais também (plantões, diligências, estresse).

Quanto à visão que a comunidade/amigos tem da profissão policial, nove familiares responderam que a comunidade vê a profissão policial de forma positiva. Contudo, dois familiares fazem referência à corrupção policial e dois falam sobre o medo que as pessoas da sua rede social têm da Polícia e dos policiais.

Tabela 22. Imagem social da profissão policial na visão do familiar

| <i>Visão do familiar</i> | | |
|------------------------------------|-------------------|--|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplo de respostas</i> |
| Desgastante/ Estressante | 10 | "(...). Ela se dedicava muito e sobrava tudo pra ela. Chegava em casa cansada irritada. A gente até entendia porque atender o problema dos outros ocupava muito ela". (FM 8) |
| Não reconhecida | 4 | "Uma profissão não reconhecida, que não tem recursos". (FM 1). |
| Perigosa | 3 | "Uma profissão muito perigosa. Estão matando muito e morrendo muito". (FM 19) |
| Corrupta | 2 | "Dependendo do policial, ela é muito corrompida. É uma profissão bonita, demonstrava respeito. Hoje em dia já não, tá jogada na sarjeta (...)." (FM 14) |
| <i>Visão dos amigos/comunidade</i> | | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplo de respostas</i> |
| Respeito/ Medo | 6 | "Dependendo da função, as pessoas olham com mais respeito ou medo. Há uma certa restrição". (FM 11) |
| Bons Olhos | 4 | "Não é uma profissão comum. Algumas se assustam, outras admiram". (FM 17) |
| Corrupta | 2 | "Pensa que o policial é corrupto, que estão ganhando bem. A família que convive vê que a realidade é outra". (FM 1) |
| Idealizada | 1 | "Acham bacana porque idealizam a profissão". (FM 3) |
| Não vê diferença | 1 | "Não vejo nada de diferente em relação a isso". (FM 19) |

5.4.2.2. Categoria: Mudança de comportamento

A proposta foi entender se familiar percebia mudanças no comportamento do policial e a influência da profissão no seu cotidiano doméstico.

Tabela 23. Mudança de comportamento do policial na visão do familiar

| <i>Mudança de comportamento</i> | | |
|--|-------------------|--|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
| Estressado (a) | 8 | “Era professor de educação física. (...) ele mudou bastante. (...) ele era mais tranquilo (...) depois da Polícia ele ficou meio revoltado”. (FM 19) |
| Autoritário (a) | 2 | “Não sei se é porque é policial, mas eu acho ele um pouco autoritário. Quer ter mais poder que os outros”. (FM 15) |
| Desconfiado (a) | 2 | “Ele presta atenção em coisas que eu jamais me preocuparia. Ele diz que é porque vê muita coisa no trabalho”. (FM 14) |
| Fechado (a) | 1 | “Tem um distanciamento, não se aproxima muito”. (FM 3) |
| Desanimado (a) | 1 | “Ele tá muito desanimado, gostava muito da investigação, mas saiu (...)”. (FM 5) |
| Não soube responder | 4 | “É difícil responder essa pergunta pq ela já está há muito tempo na Polícia”. (FM 17) |
| <i>Influência dessa mudança na relação</i> | | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
| Conflitos relacionais | 4 | A gente discutia porque dá pra atura até uma certa altura, depois não. (...). (FM 8) |
| Afastamento relacional | 3 | No início, eu procurava fazê-lo ver o outro lado, mas isso estava me afastando mais dele. (...) Quando eu tentava falar com ele, ele fugia, jogava pra depois. Não tinha mais diálogo”. (FM 2) |
| Não influencia | 3 | |
| Desconfiança | 1 | “Quando a gente sai, dependendo do local ela fica mais desconfiada, muito ligada em crianças que estão com o pai”. (FM 14 se referindo ao tema abuso sexual) |
| Não sabe responder | 2 | |

Embora quatro familiares não tenham se sentido em condições de responder sobre a mudança de comportamento alegando que não conheciam o policial antes dele entrar para a instituição, oito participantes compreendia que o policial tinha se tornado estressado (tabela 23). Também nenhum dos participantes referiu mudanças positivas no familiar a partir da sua inserção na instituição.

Quanto a influência da mudança de comportamento na relação entre familiar e policial, os resultados indicam que o familiar percebe que o comportamento atual do policial gera conflitos e o afastamento relacional é uma das alternativas utilizadas pelo policial. Contudo, três familiares alegam não perceberem influência da mudança no relacionamento com o policial e dois não sabem responder.

5.4.2.3. Categoria: Apoio afetivo e material

O objetivo foi compreender a participação do familiar participante em grupos mais ampliados (de estudo, religioso, de trabalhos manuais), que pudessem indicar uma relação social ampliada do familiar com o contexto ou em grupos restritos, como a família de origem (pai, mãe e irmãos) ou a família nuclear (cônjuge e filhos) investigando a rede social de apoio e as atitudes que favorecem ou não o recebimento de apoio.

Tabela 24. Relações sociais do familiar participante (n=13)

| <i>Fatores</i> | <i>Ocorrência</i> |
|----------------|-------------------|
| Familiares | 13 |
| Ampliada | 0 |

Os familiares relatam que não participam se relacionam com uma rede social mais ampliada. Houve uma unanimidade nas respostas: todos indicam que as relações sociais se restringem à família de origem e a família nuclear. Os familiares de forma geral alegam que isso acontece porque o policial é muito fechado e desconfiado e não pode se expor muito devido à profissão.

Tabela 25. Formas do policial pedir ajuda na percepção do familiar

| <i>Solicitação de apoio/ajuda do policial para o familiar</i> | | |
|--|-------------------|--|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
| Quieto | 8 | "Ela fica mais fechada (...) e quando a gente pergunta ela diz que não é nada. (...)" (FM 3) |
| Agitado | 2 | O comportamento dele muda, ele não para, ele fica agitado". (FM 19) |
| Conversa | 1 | "As vezes ela pede ajuda e a gente tenta ajudar". (FM 8) |
| Não demonstra | 1 | "Ele não demonstra. Eu percebo porque ele fica pensativo". (FM 5) |
| <i>Oferecimento de apoio/ajuda do familiar para o Policial</i> | | |
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
| Tenta conversar | 9 | "Tento tirar da cabeça dela as coisas que ela lembra da polícia (...), esquecer as mágoas. Pra ela fazer só o necessário". (FM 7) |
| Fica quieto | 4 | "Fico quieta (...). Seguro meu filho pra não ir até ele porque ele briga. Fica sozinho vendo televisão, mas com o olhar perdido". (FM 5) |
| Tira foco do problema | 3 | "Procurro conversar, convidar pra caminhar , tomar um chopinho, tirar ele do foco do problema". (FM 2) |
| Concorda | 1 | "Concorda com ele, fico quietinha do lado dele". (FM 12) |

Pelas respostas dos familiares, percebe-se o quanto é difícil saber que o policial está precisando de ajuda e conseguir ajudá-lo, sendo o isolamento uma característica importante utilizada pelo policial e percebida pelo familiar que sinaliza a necessidade de ajuda por parte do policial (tabela 25). Quanto à atitude escolhida pelo familiar para lidar com os momentos em que o policial está precisando de ajuda, a maioria (9 ocorrências) relata fazer tentativas de conversar, mas se for considerada que as respostas ficar quieto (4 ocorrências), tirar o foco do policial sobre os problemas (3) e concordar (1) indicam o oposto de tentar conversar, obtém-se quase um empate entre as respostas. Além disso, os familiares indicaram que tentam conversar o que não significa

que conseguem acesso ao policial para alcançarem o objetivo. Portanto, parece difícil oferecer apoio e/ou ajuda ao policial e essa característica pode contribuir para o isolamento e afastamento do policial em relação a sua rede social de apoio.

Entretanto, quando se trata do policial oferecer apoio à família (tabela 26), nota-se que a questão se apresenta de forma diferente, demonstrando maior disponibilidade para oferecer ajuda. Pode-se pensar que a profissão policial incentiva uma atitude de orientar, ajudar, resolver os problemas dos outros, que pode dificultar a posição de receber ajuda quando necessita.

Tabela 26. Comportamentos de ajuda do policial na percepção do familiar

| <i>Fatores</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
|---------------------------|-------------------|--|
| Orienta/Resolve problemas | 5 | "Ela vem conversar ou oferece uma ajuda concreta. Ela é muito solícita pra fazer coisas que a gente precisa". (FM 3) |
| Ajuda | 3 | "Me dá bastante incentivo, conversa bastante". (FM 18) |
| Ajuda pouco | 3 | "(...) mas ele não participa muito". (FM 19) |
| Atenção/Cumplicidade | 2 | "Tô me dedicando a minha empresa pra que ela possa assumir quando sair da instituição (aposentar)". (FM 7) |

5.4.2.4. Categoria: Apoio afetivo e material frente ao processo de afastamento do trabalho

O objetivo foi demonstrar como o familiar percebe o apoio recebido durante o período de afastamento do policial do trabalho por TMC (LTS).

Tabela 27. Apoio recebido durante o afastamento do trabalho na visão do familiar

| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
|----------------------|-------------------|--|
| Família | 9 | "No início foi um pouco difícil compreender que ele não conseguia superar aquilo e precisava se afastar. Pensei que não era uma situação tão grave e do trabalho não recebeu apoio de ninguém". (FM 2) |
| Cônjuge | 8 | |
| Amigos | 4 | |
| Colegas da Polícia | 1 | "Apoio nenhum. O pouco de apoio veio das pessoas que ela conhecia mesmo. Da instituição nenhum". (FM 7) |
| Psicóloga RH Polícia | 1 | |

Na perspectiva dos familiares acerca de quem o policial recebeu apoio durante o afastamento do trabalho (tabela 27), a resposta dos familiares confirma as respostas dos policiais indicando que foi da própria família (9 ocorrências) e do cônjuge (8 ocorrências) que mais recebeu apoio. Na entrevista, os familiares, assim como haviam feito os policiais, citaram a falta de apoio da instituição de forma geral, mesmo quando aludiram ao apoio dos colegas policiais e da psicóloga da instituição. As ações tanto dos colegas, quanto da psicóloga da Polícia, foram vistas como iniciativas pessoais e não como uma intervenção da instituição. Cabe esclarecer que a procura pelo psicólogo da instituição, na grande maioria, é feita por iniciativa do próprio policial ou familiar e não sendo um procedimento padrão da instituição diante da percepção de dificuldades apresentadas pelo policial no trabalho.

Tabela 28. Para quem o familiar falou sobre a saúde do policial e com quem contou

| <i>Pra quem falou sobre os problemas de saúde do policial e com quem contou</i> | | | | | |
|---|------------------|-------------------|-----------|------------------|-------------------|
| | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| | Com quem falou | Família | | 6 | Com quem contou |
| Cônjuge | | 5 | Família | 3 | |
| Colega de trabalho | | 2 | Amiga | 2 | |
| Médico | | 1 | Psicólogo | 2 | |
| Psicólogo | | 1 | Médico | 1 | |
| Não sabe | | 1 | | | |

Os familiares mencionam a família (6 ocorrências) e o próprio policial (4) como as pessoas para as quais falaram sobre o problema e com as quais contaram (tabela 28). O médico e o psicólogo aparecem nos resultados porque já faziam parte da vida de um dos familiares: familiar que também é policial e estava em acompanhamento médico relatou, em uma das consultas, sobre os sintomas do cônjuge e este orienta-a que marque uma consulta para o policial com um psiquiatra; em outro relato, o familiar fazia psicoterapia e recebeu orientação do psicólogo para procurar ajuda para o policial.

5.4.2.5. Categoria: Percepção sobre sua saúde física e emocional do policial na visão do familiar

Esta categoria pretendeu conhecer a percepção do familiar sobre os sintomas que levaram o policial a se afastar do trabalho e quais foram os motivos que o para o seu afastamento do trabalho.

Tabela 29. Sinais e sintomas percebidos pelo familiar

| Fatores | Ocorrência | Exemplos de respostas |
|----------------------------------|-------------------|---|
| Isolamento | 6 | "Começou a chegar em casa de noite e a ficar muito tempo sentado, parado, sem interagir com as pessoas". (FM 2) |
| Irritabilidade/ agressividade | 4 | "Ela começou a demonstrar não gostar mais do trabalho, não conseguir mais atender ao telefone nem as pessoas na delegacia. E ela adorava o trabalho policial". (FM 7) |
| Problemas com sono | 2 | "Começou a ter dificuldade para dormir. Não conseguia se desligar do trabalho". (FM 1) |
| Choro fácil/ Desânimo | 2 | "Ela mudou na atenção à família. Dormia mais do que ficava com a gente. No fim, ela não queria fazer nada, tomava remédio pra dormir o tempo inteiro". (FM 8) |
| Dificuldades com o trabalho | 1 | "O fato dela não querer sair mais, se desligando dos amigos". (FM 14) |
| Tentativa de suicídio | 1 | "Quando ela tentou se matar". (FM 18) |

Os sintomas percebidos pelos familiares (tabela 29) não foram diferentes dos relatados pelos policiais e um dos familiares afirmou que impediu o policial de se matar com sua arma de fogo. Em seguida solicitou ajuda a psicóloga com a qual o policial fazia atendimento psicoterápico e sua arma foi retirada durante o período mais crítico.

Tabela 30. Motivos do afastamento do policial do trabalho na visão do familiar

| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Exemplos de respostas</i> |
|--|-------------------|---|
| Problemas no trabalho (chefia/ colegas, tipo e sobrecarga de trabalho) | 9 | "Foi o estresse no trabalho e falta de apoio da instituição e digo que o câncer foi devido a esse evento". (FM 7) O ambiente totalmente tóxico. Ela não vê nada de bom o dia todo". (FM 3) |
| Problemas Pessoais | 2 | "É uma junção de tudo. (...) Se na vida pessoal algo não estiver bom, o trabalho continua ajudando, mas se no trabalho estiver ruim tudo é pior". (FM 17) |
| Problemas no trabalho e familiares | 2 | |

Para os familiares os motivos que levaram os policiais a se afastarem do trabalho (tabela 30) se referem, em grande parte, a problemas relacionados ao trabalho (9 ocorrências). Salienta-se que os dois familiares que entenderam que o afastamento se deu por problemas pessoais são amigos dos policiais que não dividem o mesmo espaço geográfico com o policial. Um dos policiais, quando indicou um amigo para entrevista, alertou para o fato de que o amigo provavelmente falaria que o afastamento dele do trabalho ocorreu por problemas relacionados às questões pessoais e não ao trabalho. Isso aconteceria porque os policiais aprendem durante a formação policial que não devem levar assuntos de trabalho (porque são confidenciais) para as pessoas do convívio pessoal. Assim, falar dos problemas pessoais sem relacioná-los ao trabalho é uma alternativa possível para os policiais compartilharem seus problemas.

5.4.2.6. Categoria: Percepção do processo de tratamento na percepção do familiar

O objetivo das perguntas contidas nesta categoria foi compreender a percepção do familiar a respeito do diagnóstico do policial e o tipo de tratamento prescrito pelo médico.

Tabela 31. Diagnóstico e tratamento do policial na visão do familiar

| <i>Diagnóstico médico</i> | |
|-----------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Depressão | 7 |
| Estresse | 2 |
| Ansiedade | 1 |
| TEPTS | 1 |
| Dependência química | 1 |
| Não sabe | 2 |
| <i>Tratamento prescrito</i> | |
| <i>Fatores</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Medicação | 11 |
| Afastamento trabalho | 3 |
| Psicoterapia | 2 |
| Atividade Física | 2 |

Os resultados confirmam os diagnósticos definidos pela Perícia Médica e relatos dos policiais demonstrando que apenas dois familiares não sabe sobre o que está acontecendo com o policial em relação ao diagnóstico dado pelo médico e responsável pelo seu afastamento do trabalho. Três familiares apontam para algo interessante em relação à percepção de tratamento: entendem que, além do tratamento com medicação referido pela maioria dos familiares, percebem que o afastamento do policial do trabalho era também uma forma de tratamento. Esse resultado não apareceu nas entrevistas com os policiais.

5.4.3. Comparação dos resultados das entrevistas com os policiais e com os familiares participantes

O objetivo é apresentar os dados das entrevistas com policiais e familiares em conjunto utilizando-se tabelas que identificam as respostas dos policiais e dos familiares para que seja possível avaliar as diferenças de percepção, realizando alguns esclarecimentos, para discutir os dados no capítulo seguinte.

5.4.3.1. Sobre a Imagem Social da Polícia

Tabela 32. Imagem social da profissão policial

| <i>Visão do Policial</i> | | <i>Visão da Família</i> | |
|------------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Admiração, orgulho, respeito | 9 | Desgastante | 6 |
| Bons olhos | 4 | Estressante | 4 |
| Tranquilidade | 3 | Não reconhecida | 4 |
| Preocupação, medo | 3 | Perigosa | 3 |
| Não gostam | 3 | | |
| Mal vista | 2 | | |

Os resultados (tabela 32) demonstram que a percepção do policial em relação ao que a família pensa da sua profissão é diferente do que a família revela na entrevista. Para a família, o que se apresenta como única resposta são os aspectos negativos da profissão. Esses resultados talvez estejam influenciados pelos últimos acontecimentos da vida profissional do policial considerando o seu adoecimento. Entretanto, é surpreendente que embora tenham ocorrido cinco referências dos policiais relatando que os familiares não gostam e vêem mal a sua profissão e três tenham apresentado o perigo como resposta, houve 16 ocorrências dos policiais considerando que a família vê a sua profissão de forma positiva.

Tabela 33. Imagem da profissão para os amigos/comunidade

| <i>Visão do Policial</i> | | <i>Visão da Família</i> | |
|--------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Solicitam ajuda | 8 | Respeito | 4 |
| Cobrado, Visado | 4 | Bons Olhos | 4 |
| Descrédito, Crítica | 2 | Corrupta | 2 |
| Preconceito | 3 | Medo | 2 |
| Isolam, Excluem | 3 | Idealizada | 1 |
| Medo | 3 | Não vê diferença | 1 |
| Desconfiança/Corrupto | 2 | Não sabe | 1 |
| Não gostam | 1 | | |

Os familiares fazem nove referências a aspectos positivos da profissão policial quando respondem sobre a imagem social que a comunidade tem da Polícia, enquanto os policiais citam mais os aspectos negativos da profissão. Ocorre o oposto do que aconteceu na tabela 32. Contudo, o medo e a corrupção são temas comuns tanto nas respostas dos policiais quanto na dos familiares.

Tabela 34. Mudança de comportamento do policial

| <i>Visão do Policial</i> | | <i>Visão da Família</i> | |
|---|-------------------|-------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Desconfiado, Atento a tudo | 16 | Estressado (a) | 8 |
| Agressivo, Irritado, Impaciente, Mal-humorado | 11 | Autoritário (a) | 2 |
| Usar bebida/droga, Estressado, Doente, Envelhecimento precoce | 7 | Desconfiado (a) | 2 |
| Ausente no lar, Separação | 4 | Fechado (a) | 1 |
| Frio, endurecido | 4 | Desanimado (a) | 1 |
| Forte, Experiente, Maduro | 3 | Não sabe | 4 |

O comportamento de mudança (tabela 34) percebido e mais lembrado pelos policiais foi a desconfiança (16) enquanto que para o

familiar foi o comportamento estressado. Como o termo estressado se popularizou nos últimos tempos, a pesquisadora procurou compreender quais aspectos estavam sendo inseridos nessa denominação e verificou que estressado se referia a: estar atento, em sinal de alerta como se algo ruim pudesse acontecer a qualquer momento, irritado, agressivo, explosivo. Por isso, pode-se pensar que o familiar esteja se referindo também ao comportamento desconfiado do policial quando escolhe essa palavra.

Tabela 35. Relações sociais dos policiais e familiares

| <i>Visão do Policial</i> | | <i>Visão da Família</i> | |
|--------------------------|------------|-------------------------|------------|
| Tipo | Ocorrência | Tipo | Ocorrência |
| Familiares | 17 | Familiares | 13 |
| Ampliada | 2 | Ampliada | 0 |

A rede relacional ampliada mostrou-se restrita tanto para o policial quanto para a família (tabela 35). O mundo relacional tanto do policial quanto do familiar é a sua própria família e poucos fazem referência a relações mais próximas com amigos ou grupos sociais como o de trabalho, de lazer e religioso.

5.4.3.2. Categoria: Apoio afetivo e material

Tabela 36. Formas do policial pedir ajuda

| <i>Visão do Policial</i> | | <i>Visão da Família</i> | |
|--------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Fica quieto | 10 | Quieto | 8 |
| Fica agitado | 2 | Agitado | 2 |
| Não demonstra | 2 | Conversa | 1 |
| | | Não demonstra | 1 |

Os resultados da tabela 36 revelam que pedir ajuda é uma atitude difícil para o policial sendo que apenas cinco policiais pedem auxílio explicitando verbalmente enquanto oito dizem que não pedem qualquer

tipo de ajuda. Outros seis policiais relatam a dificuldade em pedir ajuda para resolução de problemas.

Para os familiares, de modo geral, o comportamento do policial que indica que está precisando de ajuda é quando tem uma atitude de ficar quieto (8 ocorrências) sendo que dois familiares dizem o oposto, relatando que o policial fica agitado quando está precisando de ajuda. O relato dos familiares indica uma dificuldade de prestar ajuda ao policial uma vez que ele evita mostrar que está precisando. A atitude mais comum dos familiares é tentar conversar com o policial, mas oito familiares se dividiram entre ficar quieto também, não falar sobre o problema ou concordar com tudo que o policial faz e diz naquele momento.

Tabela 37. Comportamentos de ajuda do policial

| <i>Na perspectiva do Policial</i> | | <i>Na perspectiva da Família</i> | |
|-----------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Fazendo coisas | 7 | Orienta/Resolve problemas | 5 |
| Atenção/Cumplicidade | 4 | Ajuda | 3 |
| Orientação/Conselhos | 3 | Ajuda pouco | 3 |
| Conversando | 3 | Atenção/Cumplicidade | 2 |
| Não ajuda | 3 | | |
| Financeira | 2 | | |

Apenas três policiais indicaram que não ajudam a sua família e três familiares relataram que o policial ajuda muito pouco (tabela 37). Tanto os familiares quanto os policiais percebem a atitude de ajuda dos policiais para com a família e reconhecem sua disponibilidade.

Tabela 38. Demonstrações de afeto do policial para a família

| Visão do Policial | | Visão da família | |
|--------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Toque/Carinho | 7 | Toque | 7 |
| Não demonstra | 7 | Respeito/admiração | 3 |
| Conversando | 2 | Compreensão | 3 |
| Fazendo contato | 4 | Preocupação/cuidado | 3 |
| Protegendo | 1 | | |
| Comprando coisas | 1 | | |

As demonstrações de afeto (tabela 38) mais comuns percebidas pelos policiais não são o toque, o carinho, mas a percepção da família é que o toque é a principal forma do policial demonstrar seu afeto, indicando conflito nas respostas. Outrossim, na visão de sete policiais eles não demonstram afeto, mas nenhum familiar indicou essa resposta, o que sugere que a família compreende outras formas de afeto expressadas pelo policial além do toque.

5.4.3.3. Categoria: Apoio afetivo e material frente ao processo de afastamento do trabalho

Tabela 39. Apoio recebido durante o processo de afastamento do trabalho

| <i>Na perspectiva do policial</i> | | <i>Na perspectiva da família</i> | |
|--|-------------------|---|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Esposo | 10 | Família | 9 |
| Família | 9 | Cônjuge | 8 |
| Amigos | 8 | Amigos | 4 |
| Psicólogo RH da Polícia | 3 | Colegas da Polícia | 1 |
| Apoio da Polícia | 2 | Psicóloga RH Polícia | 1 |
| Ninguém | 1 | | |

Observa-se que tanto a família quanto o cônjuge foram os apoios percebidos mais citados pelo policial e pelo familiar (tabela 39). Os

amigos aparecem com uma ocorrência bem próxima aos familiares para os policiais e alguns deles justificaram que preferiam conversar sobre alguns assuntos mais com os amigos do que com os familiares ou cônjuge para não preocupá-los. Nesse ponto da entrevista emergiu uma queixa a respeito da ausência da Polícia Civil no processo de afastamento do trabalho tanto na visão da família quanto na visão do policial. Alguns citaram como apoio os amigos do trabalho e até o psicólogo da instituição, mas ainda assim, esses não foram considerados ações da instituição. Somente um policial respondeu que não recebeu apoio de ninguém. Este foi o policial que foi encaminhado para o Setor de Assessoramento Psicológico da Polícia Civil.

Tabela 40. Para quem falaram sobre os sintomas de saúde do policial e com quem contaram

| <i>Na visão da família</i> | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| Para quem falou | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | Com quem contou | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| | Família | 6 | | Cônjuge | 4 |
| | Cônjuge | 5 | | Família | 3 |
| | Colega de trabalho | 2 | | Amiga | 2 |
| | Médico | 1 | | Psicólogo | 2 |
| | Psicólogo | 1 | | Médico | 1 |
| | Não sabe | 1 | | | |
| | | | | | |
| <i>Na visão do policial</i> | | | | | |
| Para quem falou | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | Com quem contou | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| | Médico | 6 | | Cônjuge | 7 |
| | Cônjuge | 4 | | Amiga | 4 |
| | Ninguém | 4 | | Família | 4 |
| | Colega de trabalho | 3 | | Ninguém | 3 |
| | Família | 3 | | Médico | 2 |
| | Psicoterapeuta | 2 | | Psicoterapeuta | 2 |
| | | | | Colega de trabalho | 2 |

Familiar e policial têm visões comuns sobre para quem falaram e com quem contaram sobre os problemas de saúde do policial que o

levaram ao afastamento do trabalho (tabela 40). O médico e o psicólogo aparecem na resposta de ambos.

5.4.3.4. Categoria: Percepção de não estar bem

Tabela 41. Sinais e sintomas percebidos

| <i>Percepção do policial</i> | | <i>Percepção da família</i> | |
|------------------------------|------------|------------------------------|------------|
| Fatores | Ocorrência | Fatores | Ocorrência |
| Irritabilidade/agressividade | 10 | Isolamento | 6 |
| Angústia/sofrimento | 5 | Irritabilidade/agressividade | 4 |
| Medo/pânico | 4 | Problemas com sono | 2 |
| Choro fácil | 4 | Choro fácil | 1 |
| | | Desânimo | 1 |
| | | Dificuldades com o trabalho | 1 |
| | | Tentativa de suicídio | 1 |

A irritabilidade e a agressividade foram os sinais mais visíveis apresentados pelos policiais enquanto que os familiares perceberam o isolamento como o comportamento mais indicativo de que algo não estava bem com o policial, seguido de irritabilidade e agressividade (tabela 41). Para os policiais, os sinais revelados são de ordem mais introspectiva do que para os familiares. Por exemplo, angústia e sofrimento são sintomas que se não forem explicitados pelo indivíduo que sente, não poderão ser nominados por quem está ao lado. Assim, os sinais e sintomas relatados pelos familiares dizem respeito a comportamentos que os policiais deixam aparecer. O risco é que o sofrimento psicológico somente seja percebido quando a intensidade da dor esteja extrema como no caso da tentativa de suicídio revelado por um familiar.

Tabela 42. Motivos do afastamento do policial do trabalho

| <i>Na perspectiva do Policial</i> | | <i>Na perspectiva da família</i> | |
|---|-------------------|--|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Problemas no trabalho (chefia/colegas, tipo e sobrecarga de trabalho) | 11 | Problemas no trabalho (chefia/ colegas, tipo e sobrecarga de trabalho) | 9 |
| Problemas no trabalho e familiares | 8 | Problemas Pessoais | 2 |
| | | Problemas no trabalho e familiares | 2 |

Os problemas relacionados ao trabalho foram o aspecto mais indicado pelos policiais e familiares, demonstrando concordância em relação ao motivo que levou o policial a adoecer e se afastar do trabalho. A junção de problemas no trabalho com problemas familiares também foi bem pontuada pelo policial e citado por dois familiares. A indicação de problemas pessoais como motivadores do afastamento foi citado somente pelos familiares. Cabe lembrar o que um dos policiais falou quando indicou uma amiga pra participar da entrevista uma vez que não tinha nenhum outro membro mais próximo a ele. Segundo o policial a amiga ia falar que o que o levou ao afastamento foi a separação conjugal porque não falava com a amiga sobre o trabalho uma vez que aprendem na Polícia a não falar sobre os problemas do trabalho com pessoas que não são policiais.

5.4.3.5. Categoria: Percepção do processo de tratamento

Tabela 43. Visão da família e do policial sobre o diagnóstico médico

| <i>Visão do Policial</i> | | <i>Visão da Família</i> | |
|--------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Depressão | 15 | Depressão | 7 |
| Estresse | 2 | Estresse | 2 |
| TEPTS | 1 | Ansiedade | 1 |
| Transtorno Bipolar | 1 | TEPTS | 1 |
| Dependência química | 1 | | |

Os diagnósticos referidos sugerem que há concordância entre policiais e familiares, exceto no que diz respeito à ansiedade e à dependência química. O policial que citou o Transtorno Bipolar relatou que esse diagnóstico estava sendo avaliado por ele e pelo médico a partir da última consulta o que pode explicar o fato do familiar não saber sobre esse novo possível diagnóstico. Em relação ao diagnóstico de dependência química que também só aparece nos resultados dos policiais, ressalta-se que o familiar entrevistado foi a mãe do policial que citou outro diagnóstico e não a dependência química.

Tabela 44. Visão do policial e do familiar sobre o tipo de tratamento

| <i>Visão do Policial</i> | | <i>Visão do Familiar</i> | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> | <i>Percepção</i> | <i>Ocorrência</i> |
| Medicação | 19 | Medicação | 11 |
| Psicoterapia | 4 | Afastamento trabalho | 3 |
| Atividade Física | 3 | Psicoterapia | 2 |
| Outros | 3 | Atividade Física | 2 |

A medicação foi o tipo de tratamento com maior ocorrência tanto para os policiais como para os familiares (tabela 44). Também a psicoterapia e a atividade física apareceram para ambos, entretanto, somente para os familiares o fator afastamento do trabalho fez parte do tratamento sendo citada duas vezes.

5.5. CORRELAÇÕES ENTRE TMC, IPSF E ENTREVISTAS ($n=19$)

A correlação existente entre ser do sexo feminino e o fator 3 do IPSF (autonomia), indicou que as mulheres têm maior escore na percepção de autonomia do IPSF ($r=0,62$, $p<0,01$). As policiais da amostra percebem as relações familiares como relações de confiança, liberdade e privacidade.

Ao correlacionar a variável idade do policial entrevistado com a pergunta da entrevista sobre as relações sociais dos mesmos, os resultados sugerem que quanto mais velho é o policial, mais restritas são as suas relações sociais ($r=-0,55$, $p=0,014$). Há nos policiais mais velhos, uma leve tendência a se relacionarem menos com as pessoas, inclusive com as da sua família.

Nota-se que, ainda na correlação da idade com as outras variáveis, os resultados sugerem que quanto maior a idade, também maior é a tendência de falar sobre os seus sintomas para as pessoas que não são da família (médico, amigos, por exemplo) ou até mesmo, não falar com ninguém sobre isso. A correlação encontrada entre idade e a variável da entrevista sobre pra quem o policial falou a respeito dos seus sintomas foi de ($r=0,57$, $p<0,01$).

A variável tempo de serviço correlacionada com o fator 1 do IPSEF, sugeriu uma correlação moderada entre o tempo de serviço e o escore para o fator afetivo-consistente ($r=-0,406$, $p= 0,084$). Há uma indicação que quanto maior o tempo de serviço do policial, menor o escore para a percepção de acolhimento, proximidade, expressão de afeto entre os membros da família.

O tempo de serviço correlacionado com a variável da entrevista, a respeito do apoio recebido durante o período de afastamento do trabalho, apresentou uma correlação moderada ($r= 0,56$, $p<0,05$). Isso sugere que quanto mais tempo de trabalho tem o policial, menor a percepção de ter recebido apoio da família durante o período de LTS.

O mesmo aconteceu com os resultados da correlação entre tempo de serviço e a variável para quem falou sobre os seus sintomas. Os resultados indicam que quanto mais tempo de trabalho tem o policial, menos ele fala dos seus sintomas para os seus familiares ($r=0,499$, $p<0,05$). A variável idade não chega a ter uma relação moderada com essas duas dimensões (tempo de serviço e para quem falou sobre os seus sintomas), mas o tempo de serviço sim. Então, pode-se sugerir que o tempo de serviço tem maior peso e não a idade do policial sobre o comportamento de não contar para a família sobre os seus sintomas. Isso sugere que o contexto policial influencia as relações de apoio, pois se o policial não fala para as pessoas da família sobre o que está sentindo (sintomas), elas não podem ajudar.

A correlação entre local de trabalho (lotação) e com quem o policial compartilha quase tudo na vida, sugeriu que os policiais que trabalham em locais com características mais administrativas compartilham mais as questões da sua vida ($r=-0,46$, $p<0,05$). Quanto mais operacional (trabalho de campo) for o trabalho policial, menos eles compartilham com a rede ampliada, apresentando uma rede social mais restrita.

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10-19), quando correlacionados com o fator 3 do IPSEF (autonomia), indicaram que quanto mais alto o escore desse

fator (3), menor a tendência de apresentar diagnósticos dessa natureza ($r=-0,43$, $p=0,068$). O fator autonomia do IPSF, relativo a relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros parece ser um fator de proteção a esse tipo de transtorno.

A correlação entre o desejo de continuidade da carreira policial nos filhos e o diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias, insinua que os policiais com esse transtorno, querem que seus filhos sigam a carreira policial ($r=0,46$, $p<0,05$). Esse resultado não aparece quando correlacionamos esta categoria de análise com os outros diagnósticos de TMC. Pode-se conjecturar que como os quadros diagnósticos de uso de substâncias têm como uma das características, certo afastamento da realidade e o desejo de poder que função profissional traz, essa pode ser a explicação para somente estes policiais apresentarem correlação.

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias (F10-19) também apresentou correlação com a categoria da entrevista sobre a percepção do apoio recebido durante a sua vida. Os resultados indicaram que quanto maior a presença desse diagnóstico, maior a busca de apoio fora da família ($r=0,42$, $p=0,074$).

A categoria sobre para quem o policial falou sobre os seus sintomas, quando relacionada com os quadros diagnósticos de TMC, apresentou correlação somente com o diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de substância psicoativa (F10-19). Os resultados ($r=-0,48$, $p<0,05$) indicam os policiais com esse transtorno tendem a falar mais sobre os seus sintomas com as pessoas que não são da sua família. Talvez, com o propósito de justificar os motivos que o levam a usar substâncias psicoativas, eles falem mais sobre seus sintomas e menos sobre o uso da substância.

Não houve indicação de correlação entre os transtornos relacionados ao humor (F30-39), transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-48) e a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29) e as variáveis relacionadas com o suporte familiar do IPSF e com os dados da entrevista escolhidos para esse fim. Somente o transtorno mental e comportamental por uso de substância psicoativa apresentou correlação.

Ao final, de acordo com os dados estatísticos de correlação, sugere-se que o suporte familiar não teve influência nos quadros de TMC relativos a transtornos de humor (F30-39), transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-

48) e a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29). Houve correlação com o suporte familiar apenas os quadros de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (F10-19).

O presente estudo foi constituído de duas amostras: todos os policiais afastados do trabalho por LTS devido ao diagnóstico de TMC (n=148) e os policiais desta população que aceitaram participar das entrevistas (n=19). Os aspectos mais gerais foram tratados com o SPSS e descreveram as características da população total de afastados por TMC (n=148) delineando um panorama geral baseado em dados quantitativos. Os dados relativos à amostra dos entrevistados objetivou identificar a percepção do suporte familiar durante o afastamento acrescentando os resultados do IPSF para identificar diferenças e semelhanças na percepção dos policiais e de seus familiares sobre o suporte recebido.

6.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA GERAL (n=148) E DOS ENTREVISTADOS (n=19)

O número total de policiais na instituição atualmente é de 3.172 policiais. Mesmo que os dados apresentados neste estudo se refiram aos anos de 2009 e 2010, pode-se considerar que a amostra estudada representa em torno de 4,6% da população geral. Os estudos brasileiros sobre TMC em policiais não apresentam dados de prevalência para que se possa ter um parâmetro, entretanto, em populações de trabalhadores brasileiros demonstrados nos estudos de Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes e César (2006) o número de afastamentos por TMC é de 42,6% e no estudo de Ludermir e Melo Filho (2002) é de 35%.

Uma possível explicação para esse número reduzido de afastamentos por TMC na Polícia Civil de Santa Catarina pode estar relacionado com as perdas financeiras que o policial tem que arcar quando se afasta do trabalho. O policial afastado perde alguns benefícios monetários no salário (hora-extra, adicional noturno, por exemplo) e, como mostra o estudo de Baierle e Merlo (2008), há policiais que preferem trabalhar doentes a tirar licença de saúde. Quando procuram assistência de saúde (médica ou psicoterápica), é comum receberem prescrição de afastamento do trabalho como uma medida importante para reconstituição de sua saúde, conforme citado pelos policiais durante as entrevistas: *“Um ano e meio antes da crise de depressão eu estava*

muito estressada. Muito irritada, com mal-estar, não queria trabalhar, mas tinha que vir e me fechava na minha sala”(PC11). Além disso, os afastamentos por TMC sofrem discriminações conforme aponta o estudo de Cantelli, e Castro (2010) e de Baierle e Merlo (2008) e como foi revelado na entrevista: *“A reincidência da doença criou problemas na relação com meus colegas que começaram a desqualificar, achando que era malandragem. Enquanto as pessoas não vivem isso, não compreendem e julgam. Isso é muito desgastante”* (PC 16).

Em relação ao sexo, a amostra revelou-se equilibrada entre homens e mulheres. O percentual de cada um apresentou variação muito pequena entre eles com 51,4% de mulheres e 48,6% de homens. As pesquisas de Costa *et al.* (2007), Carvalho *et al.* (2008), Dantas *et al.* (2010), Moraes *et al.* (2001b), Oliveira e Bardagi (2010), Rosseti *et al.* (2008) e Silva *et al.* (2009) corroboram esse resultado, citando que o número de mulheres com sintomas de sofrimento psíquico é maior que o de homens.

As mulheres policiais também foram as que mais se dispuseram a participar das entrevistas (n=13). Pode-se pensar que os homens apresentam menor disponibilidade para expor sua vida e uma dificuldade maior de se mostrarem com problemas conforme demonstrou o estudo de Souza *et al* (2007) no qual as mulheres também apresentaram uma percepção maior sobre os seus sinais e sintomas do que os homens.

O perfil geral dos policiais por idade (n=148) está na faixa de idade entre 47 e 53 anos, havendo uma grande concentração de policiais com idade entre 49 e 50 anos de idade, enquanto que entre os policiais entrevistados (n=19), o maior agrupamento permanece entre 40 e 45 anos. Na análise inferencial, associando a idade e o diagnóstico, apesar dos dados encontrados não serem estatisticamente significativos, há uma tendência dos jovens apresentarem diagnósticos de transtornos do humor (F30-39) e transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-48). Já os policiais mais velhos tendem a apresentar diagnósticos de transtornos de humor (F30-39).

Conforme já mencionado anteriormente, não foram encontrados estudos no Brasil sobre a prevalência de TMC em policiais, mas utilizando-se como referência o estudo de Maragno *et al.*(2006) sobre a população atendida pelo Programa de Saúde da Família em uma cidade de São Paulo, ficou demonstrado que a faixa de idade de maior prevalência é de 45 e 54 anos e no estudo de Ferreira *et al.* (2008) sobre

a saúde geral do policial, a maior prevalência de percepção de saúde negativa foi em policiais com mais de 39 anos de idade.

Destaca-se o nível escolar da amostra que apresentou uma frequência 35,4% para policiais com nível superior completo, seguido de policiais com 2º grau completo (30,3%). É bom esclarecer que somente no último concurso (2010) foi exigido nível superior para todos os cargos. Em 2008, para os cargos de escrevente e investigador era exigido apenas nível médio. Como a amostra é somente dos policiais afastados, não se pode dizer que esses resultados indicam o nível escolar da população de policiais, mas pode-se pensar que os policiais afastados apresentam um bom nível de escolaridade, inclusive com 11,1% de policiais com especialização. Atualmente, há um incentivo da instituição nesse sentido. O policial que faz especialização ganha um percentual a mais no seu salário base, o mesmo ocorrendo para aqueles com mestrado e doutorado. A amostra não apresentou ninguém com doutorado, mas 2,2% com mestrado. No estudo de Minayo e Souza (2003), referente à população geral da Polícia Civil do Rio de Janeiro, 53,2% (n=1458) possuíam nível superior completo e 6,9% pós-graduação.

6.2. PERFIL PROFISSIONAL DA AMOSTRA GERAL E DOS ENTREVISTADOS

Quando se observa o tempo de serviço dos policiais afastados há uma concentração de afastamentos em policiais próximos a 15 anos de trabalho na instituição. Esses resultados indicam que o tempo de serviço incide na saúde do policial quando este está na metade do seu tempo de serviço.

Desde setembro de 2006, está em vigor em Santa Catarina, a LEI COMPLEMENTAR Nº 335, de 02 de março de 2006, que dispõe sobre tempo de aposentadoria para o policial civil. A partir de então, o policial pode se aposentar voluntariamente com proventos integrais quando completa 30 anos de contribuição (homens), contando com pelo menos 20 anos de exercício em atividade policial e 25 anos para as mulheres, com pelo menos 15 de exercício em atividade policial. Considerando que o teste chi-quadrado indicou que a distribuição dos quadros diagnósticos da amostra não se dá de forma aleatória, (chi-quadrado=355,18(4) sig <0,000), os resultados em relação a esse aspecto, impõem uma preocupação com a saúde do policial. No caso dos afastamentos no meio da carreira policial (entre 14 e 17 anos), os

diagnósticos mais frequentes foram os transtornos do humor (F30-39) e transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes (F40-48). Os policiais com mais tempo de serviço apresentaram diagnósticos mais graves como esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29). Na pesquisa de Ferreira *et al* (2008), a prevalência de problemas de saúde foi maior entre os policiais com 18 anos de serviço ou mais. Esses dados demonstram a urgência de estudos e intervenções sobre o assunto, uma vez que o presente estudo não se propôs a esse objetivo.

Na amostra da entrevista o tempo de serviço variou de 2 anos a 32 anos. O policial com dois anos de serviço alegou na entrevista, sofrer perseguição da chefia. Segundo seu relato, já havia trabalhado com segurança privada anteriormente e nada havia mudado na sua vida pessoal nos últimos 2 anos (mortes, divórcio, nascimento de filho, mudança de moradia) que justificasse seu afastamento por TMC após inserção na instituição em função de problemas pessoais. Portanto, parece que, nesse caso, as condições e organização do trabalho são um fator importante para o seu afastamento, mesmo com tão pouco tempo de trabalho. Embora não tenha sido o objetivo do estudo o diagnóstico de assédio moral, é muito provável que este seja o caso desse policial. Segundo Campos (2011), o assédio moral é uma conduta abusiva que agride a dignidade e a integridade psíquica ou física e, em longo prazo, contribui para a doença mental.

O policial com maior tempo de serviço da amostra entrevistada (32 anos) relata tratamento de alcoolismo durante sua vida funcional. O estudo de Minayo, Assis e Oliveira (2011) indica que, com o tempo de trabalho, o policial acumula os efeitos do estresse laboral apresentando quadros de inadequação de comportamento, alcoolismo, comportamento agressivo, maior exposição a acidentes, ansiedade, insônia, explosões emocionais e vários tipos de dores crônicas. Deste modo, pode-se pensar que a exposição do mesmo ao trabalho incida negativamente na saúde mental destes. Embora não tenha sido esse o foco da presente pesquisa, outros estudos apresentam resultados sobre a exposição à cultura e organização do trabalho policial (Chaves *et al*, 2007; Ferreira *et al.*, 2008; Moraes *et al.*, 2010a; Souza *et al.* 2007; Souza & Minayo, 2005; Spode & Merlo, 2006).

O cargo que apresenta maior frequência de afastamento é o de agente de polícia com o total de 66,8% da amostra (n=148), mas também é o cargo que tem maior efetivo (2.200 policiais) considerando o quadro funcional da Polícia Civil de Santa Catarina. Segundo a LEI

COMPLEMENTAR Nº 453, de 05 de agosto de 2009 do governador do Estado de Santa Catarina a função do agente de polícia é executar os serviços de polícia judiciária e investigativa ou administrativa, sob a direção da autoridade policial ou do superior imediato, além de todas as atividades previstas em lei inerentes ao exercício de seu cargo. O segundo cargo com mais afastamentos é o de escrivão de polícia com 19,9%, cuja função é lavrar e subscrever os autos e termos de sua competência, adotados na atividade de polícia judiciária, de forma contínua, providenciando sua tramitação normal, sob orientação do Delegado de Polícia. No quadro geral da instituição, 533 policiais exercem a função de escrivão. Em terceiro lugar, aparece o cargo de delegado com 12,6% de frequência do total de afastamentos, sendo que são 411 delegados no quadro funcional da Polícia. A função de delegado é planejar, programar, organizar, dirigir, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de polícia judiciária, de apuração de infrações penais e de polícia administrativa, no âmbito das suas atribuições constitucionais e legais. O cargo de psicólogo apresenta uma frequência de 0,7%, com apenas 28 psicólogos na instituição, cuja função é emitir laudos psicológicos e demais funções inerentes ao cargo. Para todos os cargos são exigidas 40 horas semanais com dedicação exclusiva.

Os resultados demonstram uma proporção próxima ao número de efetivos da instituição: 69,36% de agentes policiais, 16,8% de escrivães, 12,96% de delegados e 0,88% de psicólogos. Pode-se concluir que não há um cargo que seja mais vulnerável ao adoecimento do que outro. Estudos que avaliaram a diferença entre policiais que atuam na área administrativa e operacional também concluíram que não há diferença em relação ao adoecimento profissional (Anchieta & Galinkin, 2005; Costa *et al*, 2010; Minayo *et al*, 2007; Spode & Merlo, 2006).

A relação entre sexo e cargo aponta que as mulheres estão em maior número nos cargos de escrivão e psicólogo, enquanto os homens estão em maior número nos cargos de agente de polícia e delegado. Os cargos de escrivão e psicólogo são mais técnicos e, portanto, esses dados corroboram o estudo de Minayo e Souza (2003) na Polícia Civil do Rio de Janeiro que indicou que as policiais do Rio de Janeiro também ocupam cargos técnicos enquanto que nas atividades fins da Polícia, os homens estão em maior número.

6.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA E DA PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR DOS POLICIAIS PARTICIPANTES

Os resultados da entrevista com os policiais sobre sua percepção da profissão corroboram o que se encontra nas pesquisas sobre policiais: não é o trabalho em si que adocece, mas a forma como trabalho está organizado e as condições para realização do mesmo. Tanto que a maioria das respostas sobre o que é ser policial hoje girou em torno de “uma decepção, falta de apoio, desvalorização”. Esse resultado confirma os estudos de Coleta e Coleta (2008), Oliveira e Santos (2010), Spode e Merlo, 2006 que indicam que a organização e a condição de trabalho são fatores mais estressores do que a exposição ao risco imposta pela profissão. O relato “fazer o necessário” citado por alguns policiais indica que não há mais a realização com o trabalho e sua atuação é apenas para cumprir obrigações.

Talvez a idealização da profissão tenha contribuído para esse resultado, pois a grande maioria dos policiais da amostra escolheu a profissão baseado na idéia de que contribuiriam para um mundo melhor, comprometido em fazer algo a favor da sociedade, como um ideal de vida, também demonstrado na pesquisa de Minayo *et al.* (2007) e Minayo *et al.* (2011). Esse aspecto é explicitado quando os policiais mais velhos alegaram que os novos policiais pensam de forma diferente deles quando entraram na Polícia: estão menos ingênuos e usam a instituição como um degrau para outros concursos em instituições como a Polícia Federal ou outras afins que têm melhores salários. Há uma crítica implícita aos novos policiais que entram para instituição com esse intuito, sem querer trabalhar, sem “vestir a camisa”, mas ao mesmo tempo a visão de uma possibilidade de solução para as suas angústias em relação ao ideal profissional. Entretanto, os dados quantitativos desse estudo indicam que policiais jovens pertencentes ao quadro funcional da Polícia igualmente se afastam do trabalho por TMC.

No que diz respeito à imagem que a família constrói do trabalho do policial, os resultados indicaram que é mais negativa ou mais real do que a do próprio policial quando indagados sobre a visão que a família e a comunidade têm da profissão e sobre a ocorrência marcante na vida profissional do policial. A percepção do policial em relação ao que a família pensa da sua profissão é diferente do que a família revela na entrevista. Para a família, o que se apresenta como única resposta são os aspectos negativos da profissão. Esses resultados talvez estejam

influenciados pelos últimos acontecimentos na vida profissional do policial considerando o seu adoecimento. Entretanto, os resultados surpreendem porque, embora alguns policiais tenham relatado que os familiares não gostam e vêm mal a sua profissão a grande maioria dos policiais (16) considerou que a família vê a sua profissão de forma positiva e não foi isso que ficou demonstrado pelos familiares. Esse resultado também foi diferente do apresentado pelo estudo de Anchieta & Galinkin (2005), Derenusson e Jablonski (2011) e Moraes *et al* (2001a), que, segundo os autores, mesmo com todas as frustrações, os policiais e familiares mantêm uma visão idealizada da sua função social. Entretanto, Derenusson e Jablonski relataram que se surpreenderam com o resultado e alegaram que o fato do referido estudo ter sido realizado em um hospital da Polícia Militar, pode ter influenciado na resposta dos participantes. Além disso, a amostra desses estudos não era de policiais afastados por TMC.

Outro aspecto a ser considerado é o quanto o policial conversa com sua família sobre esse e outros temas, pois os resultados da entrevista sobre a imagem que a comunidade faz da profissão policial também revelaram outra discordância entre policiais e familiares. A maioria dos familiares alegou que a comunidade tem uma imagem positiva em relação à profissão enquanto os policiais percebem que a comunidade vê a profissão policial de forma negativa. Contudo, mesmo com uma única ocorrência nas respostas dos familiares, ambos, policiais e familiares, citaram a corrupção e o medo da Polícia como aspectos que denigrem a imagem do policial. Portanto, o tema em si parece apresentar contradições que são demonstradas em outros momentos da entrevista e que podem estar relacionadas com a experiência de afastamento, já que entendem seu adoecimento como consequência do trabalho.

A imagem negativa da profissão é explicitada diante do questionamento ao familiar sobre se desejaria ser policial e, para o policial, se gostaria que seu filho continuasse a carreira policial. As respostas reiteraram o que já havia sido indicado anteriormente: há uma decepção em relação à profissão. A imagem social da profissão pode contribuir para o processo de adoecimento do policial como indicam estudos de Amador (2002), Anchieta e Galinkin (2005), Minayo *et al*. (2007), Minayo e Souza (2003). Segundo esses autores, a imagem negativa da profissão transforma o trabalho policial em um lugar de sofrimento psicológico que só pode ser compensado pelo caráter missionário de sua profissão.

A rede relacional próxima (família, amigos próximos) e ampliada (grupos de trabalho, lazer, comunidade) pode ser influenciada por essa

imagem negativa da profissão resultando numa restrição nas relações sociais, conforme demonstrado no presente estudo. O mundo relacional tanto do policial quanto do familiar é a sua própria família e poucos fazem referência a relações mais próximas com amigos ou grupos sociais como de trabalho, de lazer, religioso. Nesse sentido, não se observaram conflitos entre os relatos da família e do policial, mas autores que estudam a importância do suporte familiar consideram que as relações sociais ampliadas são um fator importante para a saúde da pessoa (Guest & Biasini, 2001, Ornelas, 2008; Sluzki, 1997; Zuma, 2004).

Importante também considerar que na entrevista com os policiais e familiares, foi apontado o comportamento desconfiado do policial em relação às pessoas, corroborado pelos estudos de Minayo *et al.* (2007), Minayo e Souza (2003), Oliveira e Santos (2010). Esse aspecto pode contribuir para uma rede social restrita. Os relatos indicam que ambientes sociais mais ampliados geram maior tensão ao policial devido ao fato de se constituírem como ambientes de menor controle sobre os acontecimentos imprevisíveis dentro desse contexto. *“Sou meio neurótica em relação ao meu filho. Ele quase que vive em cárcere privado. Fico cuidando dele o tempo todo. Acho que a única retaliação que podem fazer comigo (marginais) é fazer algo com meu filho (ou matá-lo ou aliciá-lo para o tráfico)”*. (PC 7)

As dificuldades advindas de um suporte social ampliado restrito podem ser compensadas pelo suporte familiar consistente na medida em que Baptista (2005) considera que o suporte familiar pode ser considerado um dos mais relevantes amortecedores do efeito de diversos estressores na vida das pessoas, tornando-o fundamental nos estudos de resiliência psicológica em relação aos processos de adoecimento. Quando indagados sobre com quem compartilham quase tudo na vida, a maioria dos policiais indicou o cônjuge, seguido da indicação de um amigo, o que sugere que tem com quem contar. Contudo, duas respostas apontaram que apenas contavam com Deus e uma resposta revelou não contar com ninguém. Esses dados dão indícios que para esses policiais não há uma figura concreta para compartilhar suas alegrias e tristezas. Sluzki (1996) no seu trabalho sobre as redes sociais propõe níveis relacionais que vão do mais íntimo ao superficial e que expressam o quanto o indivíduo pode recorrer a essa rede social no momento em que necessita de ajuda. Quanto maiores são as possibilidades de ajuda que o indivíduo tenha, maiores serão seus recursos para resolução de problemas. O relato sobre a rede social do policial, confirmado pelo relato da família, apresenta um panorama de restrição a uma rede social

ampliada e conseqüentemente, uma probabilidade maior de dificuldade na resolução de problemas.

Contudo os resultados indicados pelo IPSF apontaram que o policial tem uma boa percepção sobre a privacidade e confiança entre os membros da família, fator importante para o policial, considerando o comportamento desconfiado citado anteriormente. Assim, configura-se uma rede social restrita, mas de qualidade, com a qual o policial pode contar como indica o relato: “*Não tenho amigos pra compartilhar. Meu pai e mãe são minha âncora e minha esposa é muito sensata. Eles me fazem pensar sobre minhas decisões, mas o que eu decido eles apóiam*”. (PC 3)

Acrescente-se a isso, a dificuldade do policial de se expor e de pedir ajuda. Os resultados apontam que pedir ajuda é uma atitude difícil para o policial, sendo que 5 policiais relatam que pedem auxílio explicitando verbalmente enquanto 8 dizem que não pedem qualquer tipo de ajuda. Outros seis policiais relatam dificuldade de pedir ajuda para resolução de problemas pessoais. Levando-se em conta que a comunicação não se dá somente pela expressão oral, quando respondem à pergunta “como as pessoas sabem que você está precisando de ajuda?”, se configura outro panorama sobre o reconhecimento da família a respeito do comportamento do policial quando está precisando de ajuda, embora dois policiais tenham afirmado que não demonstram que precisam de ajuda. Para os familiares, de modo geral, o comportamento do policial que indica que algo não vai bem e que ele está precisando de ajuda é quando este tem uma atitude de ficar quieto e isolar-se.

Esse comportamento do policial cria uma sobrecarga para a rede familiar prestar auxílio, revelada nas respostas à pergunta “como fazem quando observam que o policial está precisando de ajuda?”. Os resultados apontam que a atitude mais comum dos familiares é tentar conversar com o policial, mas oito familiares se dividiram entre ficar quieto também, não falar sobre o problema ou concordar com tudo que o policial faz e diz naquele momento. Segundo Amador *et al.* (2002), não é comum para os policiais conversarem com a família sobre o que passaram durante o serviço para não preocupá-la, embora reconheçam a importância de se desligarem do trabalho para se relacionarem com a família após um dia de trabalho.

Quanto às demonstrações de afeto do policial, surge um conflito entre as respostas dos policiais e as dos familiares. Sete policiais relatam que não demonstram afeto, mas não foi isso que a família respondeu. No estudo de Derenusson e Jablonski (2011) as manifestações de afetividade dos policiais na visão do familiar obtiveram um nível geral

alto, especialmente no que diz respeito ao relacionamento do policial com os filhos, mas os autores não indicaram a que manifestações se referem. Amador *et al.* (2002) apresenta um dado da sua pesquisa que pode ajudar a compreender um pouco melhor esse resultado. Para controlar a subjetividade do policial com o objetivo de manter sua imparcialidade nas ações policiais, para não emocionar-se no trabalho, para não julgar, há um propósito da instituição de endurecê-lo, criando resistências para o bom exercício da profissão.

O resultado do IPSF quanto à percepção do policial sobre a afetividade na sua relação com a família pode ajudar a pensar um pouco mais sobre essa questão. Metade dos policiais percebe sua família como afetiva, próxima, com boa interação, respeito, boa comunicação, com regras claras, conseguindo resolver seus problemas adequadamente, e a outra metade percebe sua família como pouco afetiva, pouco interessada em suas atividades e distante, com pouca clareza sobre as regras familiares e com dificuldades na comunicação. Esses resultados foram reiterados pelos resultados do segundo fator (adaptação) do IPSF quando a divisão dos resultados permanece quanto aos sentimentos e comportamentos negativos em relação à família tais como raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, além da percepção de que os familiares competem entre si e se culpam nos conflitos. Um pouco mais da metade dos policiais percebe-se incompreendida pela família, isolada, não apresentando uma ação pró-ativa na resolução dos conflitos. A outra metade tem uma percepção oposta a essa. Portanto, além das dificuldades dos policiais, é mister lembrar que nem sempre o grupo familiar apresenta condições de acolher as necessidades de seus membros. Sabe-se que a família é um sistema e as dificuldades de um se refletem nas dificuldades do outro. O indivíduo está imerso e indissociável desta rede de relações, sendo a família mais do que a soma de indivíduos, revelando uma totalidade, uma identidade (Rapizo, 1996).

A afetividade pode ser interpretada de muitas formas e, de acordo com a resposta dos familiares, eles compreendem as diversas maneiras dos policiais expressarem seu afeto. Esse dado pode ser avaliado na forma como policiais e familiares expressam a ajuda mútua entre eles. Apenas três policiais indicaram que não ajudam a sua família e três familiares relataram que o policial ajuda muito pouco, considerando a situação atual em que se encontram. O relato de um dos policiais que alegam não ajudar a família pode demonstrar que não se sentem em condições de ajudar: “*Será que eu ajudo? Acho que eu só complico a*

vida deles. Estou numa fase muito ruim que não tô ajudando nada nem ninguém” (PC 7).

Quando a entrevista investigou sobre a ajuda e o apoio afetivo e material recebido durante o período de afastamento do policial, observa-se que tanto a família quanto o cônjuge foram os apoios percebidos mais citados pelo policial e pelo familiar. Esse resultado era esperado já que a rede social revelada anteriormente é uma rede restrita, entretanto, nesse ponto da entrevista os amigos aparecem com uma ocorrência bem próxima aos familiares para os policiais e alguns deles justificaram que preferiam conversar sobre alguns assuntos mais com os amigos do que com os familiares ou cônjuge.

Durante a entrevista, ficou demonstrada uma queixa a respeito da ausência da Polícia Civil no processo de afastamento do trabalho tanto na visão da família quanto na visão do policial. Portanto, mesmo com rede social restrita, focada na família nuclear e ampliada, o policial e o familiar esperavam que a instituição se mostrasse mais próxima e disponível para ajudá-lo nesse momento. Alguns citaram como apoio os amigos do trabalho, o delegado, o psicólogo da instituição, mas ainda assim, essas não foram consideradas como ações da instituição. As pesquisas de Ferreira *et al.* (2008), Spode e Merlo (2006) e Minayo e Souza (2003) alertam para a importância do suporte social tanto dos superiores quanto dos colegas na instituição policial na medida em que vínculos de confiança e cooperação são fundamentais em função da natureza do trabalho permeado de riscos.

O suporte social revelado nas entrevistas mostra que tanto o familiar quanto o policial têm visões comuns sobre para quem falaram e com quem contaram quando tiveram problemas de saúde presentes no policial e que o levaram ao afastamento do trabalho. Nessa categoria, o médico e o psicólogo aparecem na resposta do policial e do familiar e não apresentam diferenças em relação aos resultados relativos à percepção sobre o apoio recebido. Esse dado indica que a rede de saúde do trabalhador é importante para a percepção de apoio durante o processo de afastamento do trabalho e corroboram estudos já citados.

A percepção dos sinais e sintomas de que algo não estava bem com o policial antes do seu afastamento se expressou mais fortemente na atitude de irritabilidade e agressividade, na perspectiva do policial e na atitude de isolamento na visão da família. Outro aspecto importante demonstrado nos resultados é que para os policiais os sinais revelados são de ordem mais introspectiva do que para os familiares. Por exemplo, angústia e sofrimento são sintomas que se não forem explicitados pelo indivíduo que sente, não poderão ser nominados por quem está ao lado.

Nesse caso, revelados pelo policial e nem citados pelos familiares. Já os sinais percebidos pelos familiares dizem respeito a comportamentos dos policiais, ou seja àquilo que o policial permite revelar ou que o familiar consegue observar. Esse dado sugere que o policial nem sempre conta o que está sentindo para a pessoa da família mais próxima a ele. Apenas seu comportamento demonstra que algo não vai bem com ele, o que confirma a categoria pesquisada sobre a sua atitude de pedir ajuda. Esses sintomas corroboram os encontrados nos estudos de Costa *et al.* (2007), Rosseti *et al.* (2008) e Dantas *et al.* (2010).

O risco de não pedir ajuda ou de não revelar o que está sentindo é do sofrimento psicológico ser percebido quando a sua intensidade está extrema, como no caso da tentativa de suicídio revelado por um familiar e nas tentativas e idéias suicidas apresentadas por três policiais. O estudo de Oliveira e Santos (2010) demonstrou que 20,8% da sua amostra já pensaram em se suicidar em algum momento da vida profissional. Amador (2002), de Minayo *et al.* (2007) e de Minayo e Souza (2003) mencionam que o suicídio em policiais demonstra o elevado risco decorrente do trabalho que envolve fatores como as condições de trabalho, o exercício de atividades extras que não permitem o descanso e o não reconhecimento social da profissão. Por isso, o apoio social e familiar torna-se fundamental, uma vez que literatura sugere uma associação inversa entre nível de apoio social e a ocorrência de sofrimento psíquico (Frydman, 1981; Holahan & Moos, 1981). Chor *et al.* (2001) também aponta para o benefício proporcionado pela participação e integração social na percepção de bem-estar relacionando-se com o aumento da satisfação de vida, a auto-estima e a diminuição de sintomatologia.

Não obstante, segundo referência de um policial entrevistado, na Polícia aprendem a não falar sobre os problemas do trabalho porque estes estão permeados de informações que fazem parte de processos de investigação ou outras questões que exigem sigilo. Esse dado igualmente foi encontrado no estudo de Derenusson e Jablonski (2011). Isso pode explicar os resultados relativos aos motivos que levaram o policial ao afastamento do trabalho na perspectiva dos familiares quando aparecem duas indicações de problemas pessoais como motivadores do afastamento, citados somente pelos familiares, na medida em que os policiais não podem falar sobre o trabalho. Entretanto, houve concordância em relação aos motivos que levaram o policial a adoecer e se afastar do trabalho. Tanto os policiais quanto os familiares indicaram como responsáveis os problemas relacionados ao trabalho, seguido dos que entendem que o motivo do afastamento foi a junção de problemas

no trabalho e problemas familiares, bem pontuado pelos policiais e citado por dois familiares. Oliveira e Santos (2010) demonstraram que tanto os problemas do trabalho afetavam o relacionamento familiar do policial quanto os problemas familiares afetam o desempenho no trabalho, especialmente quando aliados à exposição ao risco, estresse e baixa remuneração.

Dentre os motivos do afastamento do policial do trabalho relacionados pelos familiares e policiais, as situações de conflito entre policiais e chefias e policiais e colegas de trabalho foram as mais citadas. Embora não sendo o objetivo do presente estudo, alguns motivadores de afastamento citados por policiais e familiares tinham características de assédio moral, conforme se fez referência anteriormente havendo inclusive um encaminhamento direto de um dos casos à assistente social da Perícia Médica para avaliar e, se necessário, intervir. Outra situação foi o afastamento de um policial por Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) por presenciar situação de violência no trabalho. A literatura pesquisada também apresenta dados sobre a vitimização do policial (Minayo *et al.*, 2007, Oliveira & Santos, 2010), corroborando os resultados encontrados.

Quanto ao diagnóstico e ao tratamento, percebe-se uma boa compreensão tanto da família quanto do policial a respeito dos sintomas e forma de tratamento. Os diagnósticos citados pelos entrevistados estão de acordo com a base de dados do SIGRH (Perícia) e o que se observa é que o tratamento prescrito é o encontrado de modo geral, para os casos diagnósticos referidos. O estudo de Ferreira *et al.* (2008) demonstrou certa banalização dos sintomas pela amostra estudada, o que não foi percebido no presente estudo. Talvez, o fato de ter havido o afastamento do trabalho por meio da Perícia Médica revele para a família e para o policial a periculosidade da sua situação de saúde.

Por fim, o impacto que a profissão provoca nas relações familiares pode ser observado quando o policial e o familiar se referem à mudança de comportamento percebido por ambos, depois que o policial entrou para a Polícia que corroboram os estudos de Minayo e Souza (2003) e Derenusson e Jablonski (2011). De fato, na amostra estudada, o comportamento de desconfiança do policial foi o mais citado por ele próprio. Para o familiar foi o comportamento estressado que recebeu a maior carga de ocorrência. Para essa população, o termo estressado se referia a: estar atento, em sinal de alerta como se algo ruim pudesse acontecer a qualquer momento, irritado, agressivo, explosivo. Nesse sentido, há uma concordância entre o familiar e o policial quanto à característica de desconfiança presente no policial. A consequência

dessa atitude, segundo os familiares, é um afastamento relacional entre o policial e a família, também explicitado no estudo de Coleta e Coleta (2008).

Acredita-se que a valorização do suporte familiar e social possa estimular as relações interpessoais para que o trabalho não seja somente fonte de sofrimento, minimizando os efeitos danosos à saúde do policial. Intervenções e programas de apoio institucional ao policial afastado do trabalho podem contribuir e muito para um retorno mais saudável ao trabalho. Contudo, os resultados deste estudo reiteram que as condições e organização do trabalho da instituição policial contribuem para o adoecimento do policial. É nesse quesito que se pode esperar uma mudança mais profunda na instituição a favor do trabalhador e, conseqüentemente, a favor da população que usa o serviço da Polícia. A resposta talvez esteja nas reflexões dos policiais advindas da pergunta: se pudesse voltar no tempo, o que faria diferente?

“Pensar mais em mim, na minha esposa que faleceu e eu não dei atenção pra ela e para os meus filhos. Eu levava serviço pra casa”. (PC 4)

“Eu não pegaria tanto trabalho como eu peguei. Tinha que ter mais gente trabalhando. Eu trabalhava 24 hs porque eu era a responsável pela delegacia”. (PC 8)

“Não deixava esperar tanto. Eu deixei estourar. Hoje eu mudei muito, eu não dou mais tanta importância pra certas coisas. Não dou mais muita importância pra aquilo que não dá pra resolver”. (PC 9)

“Trabalharia menos e me preocuparia menos com o trabalho. Cuidaria mais da família e de mim. Era o tempo todo trabalhando, não tinha dia nem hora”. (PC 10)

“Aconselharia: não se envolva demais e valorize a tua família e não esqueça de você”.

Quando eu trabalhava a delegacia não fechava e eu era a responsável. Eu gostava e ainda gosto do trabalho, mas comecei a me dar limites”. (PC 11)

“Eu teria procurado ajuda antes. Eu tenho problemas físicos decorrentes disso (hipertensão, compulsão à comida. Engordei 30 quilos desde que cheguei à (...) e já emagreci 11 desde que sai da delegacia”. (PC 12)

“Não absorveria tudo pra mim quanto absorvi”. (PC 16)

“Eu não teria deixado passar tanto tempo pra pedir pra sair (do local de trabalho). Hoje com a maturidade que eu tenho eu saberia que (...). Então eu tomaria mais cuidado, pensaria mais em mim do que na instituição”. (PC 17)

A percepção do suporte familiar por parte dos policiais indicou ser este um recurso importante para o curso do seu afastamento do trabalho por TMC e na sua recuperação. Esses resultados corroboram a existência de uma associação inversa entre nível de apoio social e a ocorrência de sofrimento psíquico indicada em literatura já citada. Conclui-se que o incentivo à valorização do suporte familiar e social, estimulando as relações interpessoais na família, no trabalho e nas relações sociais ampliadas são fundamentais para a percepção de bem-estar relacionando-se com o aumento da satisfação de vida, a auto-estima e a diminuição de sintomatologia.

Os resultados não apresentaram conteúdos sobre as condições e a organização de trabalho do policial porque não era o foco do estudo na medida em que estudos anteriores se encarregaram desta tarefa. Entretanto, os policiais e familiares demonstraram bastante insatisfação em relação às condições e organização do trabalho considerando-os como responsáveis pelo seu adoecimento, muito mais do que os riscos da profissão em si. Isso indica que a Polícia precisa criar programas que contribuam para a saúde do policial refletindo sobre como as condições e organização do trabalho da instituição contribuem para o seu adoecimento. É nesse quesito que se pode esperar uma mudança mais profunda na instituição a favor do trabalhador e, por consequência, a favor da população.

Embora, o presente estudo tenha tido pouca adesão por parte dos policiais para a realização das entrevistas, considerando a experiência da autora no atendimento psicológico a policiais e familiares de 1997 a 2010, pode-se afirmar que os resultados confirmam a realidade encontrada na Polícia Civil de Santa Catarina. Os dados demonstrados legitimam a importância do cuidado com a saúde do policial não só na sua promoção e prevenção, mas também durante o período de LTS, quando o policial se encontra afastado do trabalho para a realização de tratamento do quadro diagnóstico apresentado. A importância da presença da instituição está contida em muitos dos relatos tanto dos policiais quanto dos familiares.

Programas voltados à saúde do policial são fundamentais para uma Polícia sólida e competente e o policial é somente uma parte do

processo. As pesquisas indicam que a Polícia precisa reavaliar sua organização de trabalho e as condições à que estão expostos os policiais. Enquanto isso não acontecer, o policial vai continuar sendo responsável por não saber administrar adequadamente as situações a que está exposto resultante do seu trabalho, por não ter resiliência o suficiente para lidar com aspectos inerentes à profissão e adoecer, enquanto a Polícia vai continuar com as dificuldades de ter um efetivo capaz de suportar os meandros da profissão com a competência esperada.

REFERÊNCIAS

Afonso, J.M.P. & Gomes, A.R. (2009). Stress Ocupacional em Profissionais de Segurança Pública: Um Estudo com Militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 294-303.

Aliane, P. P., Mamede, M. V., & Furtado, E. F. (2011). Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-Parto. *Psicologia em Pesquisa, UFJF*, 5(02), 146-155, julho-dezembro.

Alonso, N.B., Muszkata, R.S.A, Yacubiana, E.M.T. & Caboclo, L.O.S.F. (2010) Suporte Familiar nas Epilepsias. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology (Associação Brasileira de Epilepsia - ABE)*, 16(4):170-173.

Amador, F.S. (2002). Violência Policial: verso e reverso do sofrimento. Santa Cruz: EDUNISC.

Amador, F. S., Santorum, K., Cunha, C. S., & Braum, S. M. (2002). Por um programa preventivo em saúde mental do trabalhador na brigada militar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(3), 54-61.

Anchieta, V.C.C., & Galinkin, A.L. (2005). Policiais Civis: representando a violência. *Psicologia & Sociedade*, 17(1), 17-28.

Andrade, E.R., Souza, E.R., & Minayo, M.C.S. (2009). Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 275-285.

Andrade, G. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.

Antunes, C. & Fontaine, A.M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social Support Appraisals. *Paidéia*, 15, 355-366.

Baierle, T., & Merlo, A. (2008). Saúde mental e subjetividade no trabalho de uma guarda municipal: estudo em psicodinâmica do trabalho, *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11(1), 69-81.

Baptista, M. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.

_____ (2009). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). São Paulo: Vetor.

Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14, 58-67.

Berg, A. M., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, Ø. (2006). An exploration of job stress and health in the Norwegian police service: a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* dez, 1:26.

Boff, B.M., Leite, D. F., & Azambuja, M. I. R. (2002). Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev. Saúde Pública*, 36 (3), 337-342.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (2004). Brasília. Recuperado em 03 de outubro de 2011 de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/portaria_interministerial_800.pdf.

Brasil. Ministério da Previdência Social. Boletim Estatístico da Previdência Social. Brasília (DF): Ministério da Previdência Social (2008). Recuperado em 9 de outubro de 2011 de: http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4_100830-121747-169.pdf.

Broadhead, W. E., Blazer, D.G., George, L. K., & Tse, C. K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, *264* (19), 2524-2528.

Browsers, E. P. M., Terluin, B., Tiemens, B. G., & Verhaak, P. F.M. (2009). Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *19*, 323-332.

Campos, E. P. (2004). Suporte Social e Família. In: Mello Filho J (org.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 141-61.

Campos, I.M.C. (2011) Evidências de assédio moral e incapacidade para o trabalho em servidores públicos de Santa Catarina. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. 270 p.

Campos, I.C.M., & Cruz, R. M. (2007). Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais. In: Secretaria do Estado da Administração. *I Coletânea de trabalhos científicos produzidos pelos servidores públicos*. Florianópolis: SEA, Diretoria de Gestão Documental.

Campos, L.F.L. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. Campinas: Alínea.

Canasqui, A., & Barsaglini, R.A. (2010). Apoio Social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Cienc Saude Colet* (periódico na internet). Recuperado em 15 de dezembro de 2010 de: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

Cantelli, E.F., Motta, F., & Castro, M.C.A. (2010). Gerenciamento do estresse em servidores da Segurança Pública: pesquisa sobre intervenções institucionais em Santa Catarina. *Segurança & sociedade - Revista de Estudos em Segurança Pública*, ano 1, maio.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 2ª ed.

Carvalho, I.M.M., & Almeida, P.H.. (2003). Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2): 109-122.

Carvalho, S.C.A., Carvalho, A.L.A., Lucena, S.C., Coelho, J.P.S., & Araújo, T.P.B. (2008). Associação entre bruxismo e estresse em policiais militares. *Rev. odonto ciênc.* 23(2): 125-129.

Chaves, P.G.S, Costa, P.L. & Alves, T.M.O. (2007). Saúde mental e o trabalho policial: resultado do levantamento de dados na Delegacia Especializada. Recuperado em 10 de outubro de 2011 de: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/4.pdf

Chávez, V. M. M. (2000). Fundamentos teóricos para el proceso del diseño de um protocolo de investigación. México: Plaza e Valdés Editores.

Chor, D., Griep, R., Lopes, C., & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896.

Coleta, A., & Coleta, M. (2008). Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. *Psico-USF*, 13(1), 59-68

Collins, P.A. & Gibbs, A.C.C. (2003). Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force. *Occupational Medicine*, 53:256–264.

Costa, A., & Ludermir, A.B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 73-79.

Costa, M., Accioly Júnior, O. & Maia, E. (2007). Estresse: diagnóstico dos policiais militar em um cidade Brasília. *Revista Panam Salud Publica*, 21(4):217–22.

Costa, S.H.N., Cunha, L.C., Yonamine, M., Pucci, L.L., Oliveira, F.G.F., Souza, C.G., Mesquita, G.A., Vieira, A.P.T., Vinhal, L.B., Dalastra, J. & Leles, C.R. (2010). Survey on the use of psychotropic drugs by twelve military Police units in the municipalities of Goiânia and Aparecida de Goiânia, state of Goiás, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 32, n° 4, São Paulo, dec

Cruz, R. M. (2010). Nexo técnico e vigilância à saúde do trabalhador: uma agenda científica para o NTEP. In: Machado, J., Soratto, L., & Codo, W. (org). *Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa*. Petrópolis, R.J.: Vozes.

Cunha, J.B.; Blank, V.L. & Boing, A.F. (2009). Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Rev Bras Epidemiol*, 12(2): 226-36.

Cunha, E.F.C., Carvalho, M.M.S.B., Santos, C.A., Ferreira, E.L., Barros, M.M.S. & Mendonça, A.C.M. (2009). Aspectos sócioemocionais de mães de bebês prematuros. *Psicologia & em foco*, vol. 2 (1), janeiro/junho.

Dabas, E. N. (1995). A intervenção em rede. *Nova Perspectiva Sistêmica*. Rio de Janeiro: Instituto de Terapia de Família, ano IV, n° 6.

Dantas, M.A., Brito, D.V.C., Rodrigues, P.B., & Maciente, T.S. (2010). Avaliação de estresse em policiais militares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(3): 66-77.

Davey, J., Obst, P. & Sheehan, M. (2000). Developing a profile of alcohol consumption patterns of police officers in a large scale sample of an Australian police service. *European Addiction Research* 6: 205-212.

Derenusson, F.C., & Jablonski, B. (2010). Sob fogo cruzado: o impacto do trabalho policial militar sobre a família policial. *Aletheia* 32, p. 22-37, maio/agosto.

Dessen, M., & Braz, M. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.

Dias, R.R. & Baptista, M.N. (2009). Medidas repetidas de suporte familiar e saúde mental em mães de crianças em UTI pediátrica. *Universitäts Psychologica* (Univ. Psychol. Bogotá, Colombia) v. 8, n. 1, 125-136, Janeiro-Abril.

Dias, J., Nascimento, L., Mendes, I., & Rocha, S. (2007). Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. *Texto Contexto Enferm*, 16(4), 688-695.

Druss, B.G, Rosenheck, R.A, & Sledge, W.H. (2000) Health and Disability Costs of Depressive Illness in a Major U.S. Corporation. *Am J Psychiatry* 157:8, August.

Elinson, L., Houck, P., Marcus, S. C. & Pincus, H. A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services*, 55 (1), 29-34.

Feitosa, F.B., Matos, M.G., & Del Prette, Z.A.P. (2005) Suporte social, nível socioeconômico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia*, Vol. 13, no 2, 129 – 138.

Ferreira, D.K., Augusto, L., & Silva, J. (2008). Condições de trabalho e percepção da saúde de policiais militares. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 16(3), 403-420.

Fortes, S., Villano, L.A.B & Lopes, C.S. (2008). Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1):32-37.

Frydman, M.I. (1981). Social support, life events and psychiatric symptoms. A study of direct conditional and interactions effects. *Social Psychiatry*, v.16, p.69-78.

Gabriel, R., Ferrando, L., Cortó, E.S., Mingote, C., García-Camba, E., Liria, A.F., & Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: Na epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry* 22, 339 a 346.

Glina, D.M.R., Rocha, L.E., Batista, M.L. & Mendonça, M.G.V. (2001). Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública*, vol.17, n.3, pp. 607-616.

Gonçalves, T.R., Pawlowski, J., Bandeira D.R. & Piccinini, C.A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):1755-1769.

Guest, K.C., & Biasini, F.J. (2001). Middle Childhood, poverty, and adjustment: Does social support have an impact? *Psychology in the School*, 38(6), 549-560.

Hoefel, M.G., Jacques, M.G., Amarray, M.R., Mendes, J.M.R. & Netz, J.A. (2004). Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho* 7, 31-39.

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: a longitudinal analysis. *Journal of normal Psychology*, v.90, n.4, p. 165-170.

Iacoponi, E. (1997). Detecção de distúrbios emocionais pelo médico: impacto do tipo de trabalho médico e do conceito sobre doenças mentais. *Rev Cienc Med PUCCAMP*, 6:41-5.

International Labour Office Geneva (2000). *Mental Health in the Workplace*. Recuperado em 5 de novembro de 2011 de: <http://www.newunionism.net/library/working%20life/ILO%20-%20Mental%20Health%20in%20the%20Workplace%20-%202000.pdf>

Jacques, M.G.C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*; 15 (1): 97-116; jan./jun.

_____ (2007). O nexso causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicol. Soc.*, vol.19, n.spe, pp. 112-119.

Jussani, N.C., Serafim, D., & Marcon, S.S. (2007). Rede social durante a expansão da família. *Rev Bras Enferm, Brasília*, 60(2):184-9, março-abril.

Kutlu, R. Çivi, & S., Karaoğlu, O. (2008). The effects of depression and smoking upon the quality of life of Municipal police officers. *Marmara Medical Journal*, 21(3);220-230.

Laville, C. & Dionne, J. (1999). A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed/Editora UFMG.

Louw, G.J., & Viviers, A. (2010). An evaluation of a psychosocial stress and coping model in the police work context. *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*, 36(1), Art. #442, 11 pages.

Ludermir, A.B., & Melo Filho, D.A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*, vol.36, n.2, pp. 213-221.

Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R.J., Novaes, H.M.D & César, C.L.G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 22(8):1639-1648, agosto.

Matsuo, M. (2002). *Acidentado do Trabalho: reabilitação ou exclusão?* Ministério do Trabalho e Emprego/Fundacentro.

Matsukura, T.S., Marturano, E.M., & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5).

Medronho, R.A., Bloch, K.V., Luiz, R.R., & Werneck, G.L. (2009). *Epidemiologia* (2ª ed.) São Paulo: Atheneu.

Minayo, M. C. S.; Souza, E. R., & Constantino., P. (2007) Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2767-2779, jan./mar.

Minayo, M.C.S, Assis, S.G. & Oliveira, R.V.C. (2011). Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4): 2199-2209.

Minayo M.C.S. & Souza, E.R. (orgs.). (2003). *Missão Investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro: Garamound.

Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília. MS.

Moraes, L.F.R., Pereira, L.Z., Lopes, H.E.G., Rocha, D.B., & Ferreira, S.A.A. (2001a). *Estresse e Qualidade de Vida no Trabalho na Polícia Militar do Estado de Minas Gerais*. Anais do 24º ENANPAD.-GRT.535.

Moraes, L.F.R., Pereira, L.Z. & Souza, K.O. (2001b). Implicações do gênero na qualidade de vida e estresse no trabalho da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais. In: Anais do Conifes – OGT 1401.htm

Muniz, M.; Primi, R. & Miguel, F. K. (2007). Investigação da inteligência emocional como fator de controle do *stress* em guardas municipais. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v.9, n.1, p. 27-41, jan./jun.

Neylan, T.C., Metzler, T.J., Best, S.R., Weiss, D. S., Fagan, J.A., Liberman, A., Rogers, C., Vedantham, K., Brunet, A., Lipsey, T.L. & Marmar, C.R. (2002). Critical Incident Exposure and Sleep Quality in Police Officers. *Psychosomatic Medicine* 64:345–352.

Oliveira, P.L.M & Bardagi, M.P. (2010). Estresse e comprometimento com a carreira em policiais militares. *Boletim de Psicologia*, Vol LIX, nº 131:153-166.

Oliveira, K.L. & Santos, L.M. (2010). Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, nº 25, set/dez, p 224-250.

Oliveira, B.T. & Matsukura, T.S. (2010). Estudo intergeracional: percepção de suporte social e padrões de relacionamento entre netos e avós. *Anais do XVIII Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Carlos*, v. 6, 337.

Olson, D. H., Russell, C., & Sprenkle, D. (1983). Circumplex Model VI: Theoretical Update. *Family Process*, 18, 3-28.

Organización Internacional del Trabajo (2001). Recuperado em 3 de outubro de 2011 de: <http://www.ilo.org/global/publications/lang-es/index.htm>.

Organização Mundial de Saúde (2001). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório mundial da saúde. Lisboa: OMS.

Ornelas, J.(org) (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Edições, Sociedade Unipessoal, Ltda.

Perrin, M., DiGrande, Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M. & Brackbill, R. (2007) Differences in PTSD Prevalence and Associated Risk Factors Among World Trade Center Disaster Rescue and Recovery Workers. *Am J Psychiatry*, September 164:9.

Portela, A. & Bughay Filho, A. (2007). Nível de estresse de policiais militares: comparativo entre sedentários e praticantes de atividades físicas. *Revista Digital, Buenos Aires*, ano 11, n. 106.

Ramos, M. Z., Tittoni, J. & Nardi, H. C. (2008). A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, 11(2), 209-221.

Rapizo, R. (1996). *Terapia Sistêmica de Família: da instrução à construção*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Resende, M.C., Bones, V.M., Souza, I.S. & Guimarães, N.K. (2005). Bem estar subjetivo e rede de relações sociais na vida adulta e velhice. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro-SPTM*, 9.1 (1): 09-16.

Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, v.3, 547-558

Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C., Anema, J. R. & Beek, A. J. V. (2010). Recurrence of medically certified sickness according to diagnosis: a sickness absence register study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 113-121.

Rosseti, M.O., Ehlers, D.M., Guntert, I.B., Leme, I.F.A.S, Rabelo, I.S., Tosi, S.M.V.D., Pacanaro, S.V. & Barrionuevo, V.L. (2008). O inventário de sintomas de *stress* para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da Polícia Federal de São Paulo. In: *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, volume 4, nº2.

Rosin-Pinola, A. R., Silva, C. P. da & Garbulho, N. de F. (2004). Implicações psicossociais para o acidentado reinserido no mercado de trabalho e desempregado. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5(2), 53-62.

Sardá Jr, J. J., Kupek, E. & Cruz, R. M. (2009). Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiatra*, 16(2), 76-80.

Sardá Jr, J. J., Kupek, E., Cruz, R. M., Bartilotti, C. & Cherem, A. J. (2009). Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiatra*, 16(2), 81-86.

Sardá, S., Ruiz, R. & Kirstching, G. (2009). Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos.. *Acta Fisiatra*, 16(2), 59-65.

Sato, L., Lacaz, F. A., & Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 281-288.

Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 57-67.

Seidl, E.M.F., Troccóli, B.T., & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 17(3), 225-234.

Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc. saúde coletiva*, ano/vol.10, n. suplemento, 243-253.

Siano, A. K., Ribeiro, L. C., Santiago, A. E., & Ribeiro, M. S. (2008). Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional de Seguro Social de Juiz de Fora – Minas Gerais. *HU Revista*, 34(4), 235-242.

Silva, E.P. (2009). A escuta do trabalhador estressado enquanto estratégia de aprimoramento da formação profissional. *Aletheia* 29, jan/jun.

Silva, E.P., Fabbro, M.R. & Heloani, R. (2009). O trabalho de enfermeiras e guardas municipais: identidade, gênero e poder. *Interface – Comunic, saúde, educ*, v 13, n31, 395-407, outubro/dezembro.

Silva, M., & Vieira, S. (2008). O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 161-170.

Silva, E.P. & Heloani, R. (2007). Aspectos teóricos e metodológicos da pesquisa em saúde mental e trabalho: reflexões a partir de uma análise comparativa do estresse em jornalistas e guardas municipais. *Cadernos de Psicologia Social do trabalho*, vol. 10, n.1, 105-120.

Silveira, N.M., Vasconcellos, S.J.L., Cruz, L.P; Kiles, R.F., Silva, T.P., Castilhos, D.G., & Gaulert, G.J.C. (2005). Avaliação de *burnout* em uma amostra de policiais civis. *Revista Psiquiatria Grande do Sul*, 27(2):159-163.

Sluski, C. (1997). *A rede Social na Prática Sistêmica*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Souza, E.R., & Minayo, M.C.S. (2005). Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.10, n.4, p. 917-928.

Souza, E.R., Franco, L.G., Meireles, C.C., Ferreira, V.T & Santos, N.C. (2007). Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1).

Souza, M.S. & Baptista, M.N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicol. Argum.*, 26(54), 207-215, julho/setembro.

Souza, M., Baptista, M., & Alves, G.E. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, 28, 45-59.

Souza, M.S., Baptista, A.S.D & Baptista, M.N. (2010). Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Acta Colombiana de Psicología* 13 (1): 143-154.

Souza, E.S, Silva, S.R.V., Caricari, A.M. (2007). Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. *Rev. esc enferm. USP*, São Paulo, v.41, n.spe, dec.

Spode, C.B., Merlo, A.R.C. (2006) Psicologia: reflexão e crítica. Trabalho policial e saúde mental: uma pesquisa junto aos capitães da polícia militar. *Psicologia: reflexão e crítica*, 19(3), 362-370.

Squassoni, C.E., Matsukura, T.S. (2011) Saúde mental e suporte social de crianças e adolescentes: um estudo correlacional. Anais do XII Congresso Brasileiro e IX latino Americano de Terapia Ocupacional. Recuperado em 11 de dezembro de 2011 de: <http://www.cbtoeclato2011.com.br/cd/resumos/TC0596-2.pdf>

Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:443-462.

Takahashi, M.A.B.C., & Iguti, A.M. (2008). As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 24(11). 2661-2670.

Umek, P. & Areh, I. Police Occupational Stress in the Context of Personnel Promotion [on line]. Recuperado em 4 de novembro de 2011 de: http://www.fvv.uni-mb.si/varstvoslovje/Articles/Umek-Areh_VS_2008-4_ang.pdf

Viguera, A.A. (2002). Estudio epidemiológico sobre la incapacidad permanente para el trabajo. *Medicina General*, 45, 462-470.

Zuma, C.E. (2004). A visão Sistêmica e a metáfora de rede social no trabalho de prevenção de violência intrafamiliar em comunidades. *Nova Perspectiva Sistêmica*. Ano XIII nº 23.

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE SUPORTE FAMILIAR EM POLICIAIS CIVIS EM LTS

| POLICIAL | FAMÍLIA |
|---|---|
| <p>GERAIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O que é ser policial hoje? 2. O que pensava quando entrou para a Polícia? 3. Como você percebe que é visto pela família? 4. Como você percebe que é visto pelos amigos/comunidade? 5. Você gostaria que seu filho(a) seguisse a carreira policial? 6. Que mudanças ocorreram na sua vida desde que se tornou policial? 7. Você mudou o seu jeito de agir (atitudes, comportamentos) quando se tornou policial? 8. Qual foi a ocorrência no trabalho que mais marcou a sua vida? | <p>GERAIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O que vocês pensam da profissão policial? 2. Alguém de vocês já pensou em ser policial? Por quê? 3. Como você percebe que é visto pelos seus amigos/comunidade por ter um policial na família? 4. Vocês percebem que ocorreram mudanças de comportamento, hábitos ou forma de agir desde que o (a) conheceram? Quais? 5. De que maneira influenciam ou influenciaram a relação de vocês? 6. Vocês lembram de ter acontecido alguma situação marcante na vida profissional dele (a)? |
| <p>SUPORTE SOCIAL/FAMILIAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Você participa de algum grupo? 2. O que você faz para se divertir? 3. Com quem você compartilha ou divide quase tudo da sua vida? 4. Quem é a pessoa mais importante para você? 5. Quando você está com problemas, que tipo de apoio você recebe: Da família? Quais? Dos amigos? Quais? 6. De que forma você pede ajuda? | <p>SUPORTE SOCIAL/FAMILIAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vocês participam de algum grupo? 2. O que vocês fazem pra se divertir? 3. O que vocês fazem para apoiá-lo(a), ajudá-lo(a) quando ele(a) demonstra que está com dificuldades? 4. Que atitudes ele(a) tem quando está precisando de ajuda? |

| | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">7. Como as pessoas sabem que você está precisando de ajuda?8. De que forma você ajuda sua família? O que você faz?9. Você percebe que sua família deseja ajudá-lo? Como e o que eles fazem?10. Como você percebe que sua família demonstra que gosta de você? Como eles fazem?11. De que forma você demonstra afeto?12. Quando você precisou se afastar do trabalho por LTS, que tipo de apoio recebeu e de quem (família/trabalho/grupos sociais)?13. O que você pensa que te levou a precisar se afastar?14. Quando você começou a perceber que não estava bem?15. Com quem você conversou sobre isso?16. Com quem você contou para te ajudar? Levou ao médico, cuidar? E hoje?17. O que o médico disse que você teve/tem? Você concorda?18. Qual é o tratamento que o médico disse que você teria que fazer? Você concorda? Que tipo de tratamento você fez/faz?19. Pensando no que te levou ao afastamento por LTS, o que você faria diferente se pudesse voltar no tempo? | <ol style="list-style-type: none">5. Como vocês oferecem apoio ou ajuda?6. Que atitudes ele tem quando quer apoiar, ajudar vocês?7. Como vocês demonstram afeto?8. Como vocês percebem que as pessoas da família demonstram que gostam de vocês?9. Quando ele(a) precisou se afastar do trabalho por LTS, que tipo de apoio ele recebeu e de quem (família/trabalho/grupos sociais)?10. O que vocês pensam que o levou a precisar se afastar do trabalho?11. Quando vocês começaram a perceber ele(a) não estava bem?12. Com quem vocês conversaram sobre isso?13. Com quem vocês contaram para ajudar?14. Quem o levou ao médico?15. Quem de vocês cuida dele(a)?16. O que o médico disse que ele(a) teve/tem? Vocês concordam?17. Qual é o tratamento que o médico disse que ele teria que fazer? Vocês concordam? Que tipo de tratamento ele fez/faz? |
|--|--|

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo, realizado por Maria Cristina d'Avila de Castro e coordenado pelo Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz, do PPGP-UFSC, tem como objetivo analisar a relação entre a prevalência de Transtorno Mental e Comportamental (TMC) e a percepção do suporte familiar em policiais civis de Santa Catarina.

Será realizada uma entrevista que abordará situações sobre a percepção do suporte familiar e o processo de afastamento do trabalho por TMC com o participante (policial) e em seguida com pelo menos um membro de sua família. Durante a entrevista será aplicado o Inventário de Percepção de Suporte Familiar para avaliar a expressão verbal e não verbal de afetividade entre os membros familiares, os sentimentos e comportamentos negativos em relação a família e as relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros. Pretende-se utilizar um gravador de voz a partir da permissão do entrevistado, esclarecendo-se que a necessidade do recurso é em função da dificuldade de anotação e registro manual de todos os detalhes.

Sua participação é voluntária e seu anonimato ficará garantido. Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente em publicações científicas e eventos científicos.

Sua assinatura neste termo de consentimento pressupõe sua compreensão dos objetivos e dos procedimentos do estudo e significa sua aceitação em participar do mesmo. Ainda assim, informamos que a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa

necessitando somente comunicar ao pesquisador sua decisão. Caso seja do seu interesse, comprometo-me ao final do trabalho em fornecer-lhe um parecer sobre a pesquisa realizada.

Para maiores informações ou esclarecimento de dúvidas sobre o trabalho que será realizado, entre em contato comigo.

| | |
|--|------------|
| Policial voluntário | Assinatura |
| | |
| Membro da família | Assinatura |
| | |
| Pesquisadora | Assinatura |
| Maria Cristina d'Avila de Castro Psicóloga, CRP: 12/00166 Av. Rio Branco, 448/702 Telefone: (48) 32236622 | |
| Florianópolis, / / 2011 | |

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

ROTEIRO PARA O PESQUISADOR

SOBRE A PESQUISA:

Este estudo, coordenado pelo Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz do departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, tem como objetivo analisar a relação entre a prevalência de Transtorno Mental e Comportamental (TMC) e a percepção do suporte familiar em policiais civis de Santa Catarina.

Esclarecimentos sobre procedimentos para a realização da entrevista:

1. A Gerência de Controle de Benefícios (Perícia Médica do Estado) enviou via correio (carta registrada) para os policiais que estiveram afastados do trabalho por TMC nos anos de 2009 e 2010, uma carta deles de esclarecimento sobre a pesquisa, uma carta minha, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo) em duas vias e um envelope já selado. O policial que aceitou participar enviou uma das cópias do termo assinado via correio (no envelope selado) para a Gerência autorizando o repasse do seu nome e telefone de contato para realização da entrevista.
2. O pesquisador somente teve acesso aos dados individuais do policial participante após receber sua autorização.
3. Para a realização da entrevista, a identificação do policial foi necessária, mas é importante salientar que os participantes têm o seu **ANONIMATO** garantido além da confidencialidade das informações coletadas.

4. A expectativa é que os resultados deste estudo demonstrem a relação entre a prevalência de transtornos mentais e a percepção do policial do suporte social e familiar recebido. Com esses dados, que poderão aprofundar o conhecimento sobre o processo de adoecimento do policial civil, será possível propor a construção de políticas e programas de atenção à saúde dos trabalhadores das organizações policiais.

ETAPAS DA ENTREVISTA:

1. Explicar para o policial que existe um ROTEIRO de entrevista que apresenta duas partes. A primeira trata de perguntas gerais sobre a vida policial e a segunda sobre o processo de adoecimento e afastamento do trabalho por Licença pra Tratamento de Saúde (LTS) e sobre a percepção do suporte familiar.
2. Alertar para que o ambiente seja adequado para a realização da conversa de forma que haja somente as interrupções absolutamente necessárias.
3. Solicitar o uso do gravador de voz, esclarecendo que a necessidade do recurso é decorrente da dificuldade de anotação e registro manual de todos os detalhes alertando novamente para a confidencialidade das informações.
4. Esclarecer que ao final da entrevista, ele responderá sozinho, sem a participação do entrevistador, a um questionário (IPSF) que avaliará a sua percepção sobre o apoio que recebe da família. Esse questionário será feito somente por ele e enquanto ele se ocupa disso, o entrevistador fará a entrevista com o membro da família que ele escolheu para participar da pesquisa.
5. Lembrar que:
 - Conforme estava descrito no Termo de Consentimento por ele assinado, além das informações fornecidas via entrevista, obteremos outras informações oriundas do Sistema Integrado de Recursos Humanos, assim definidas: data de nascimento, sexo, nível de escolaridade, data de admissão, lotação, município de lotação, cargo, CID principal e outros CIDs.
 - Os dados obtidos serão mantidos em SIGILO e utilizados somente em publicações científicas e eventos científicos sem qualquer possibilidade de identificação do seu nome.

ANEXO 1

artificado

http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pré-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1200

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pré-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA Nº 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 1200 **FR:** 391617

TÍTULO: Prevalência de transtornos mentais e comportamentais e percepção do suporte familiar em policiais civis

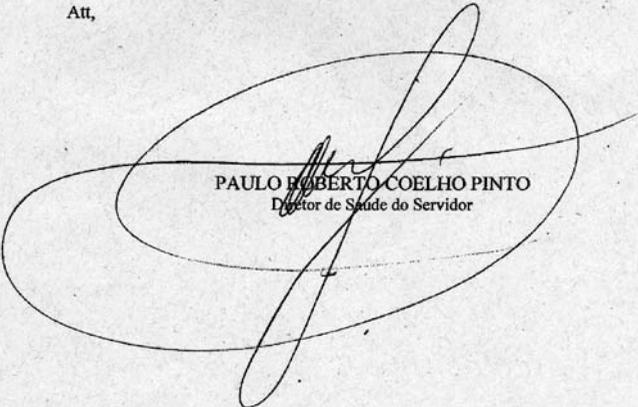
AUTOR: Roberto Moraes Cruz, Maria Cristina d'Avila de Castro

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011.


Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO 2

| DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR | | COMUNICAÇÃO |
|---|--------------------------------|-------------|
| DE | Diretoria de Saúde do Servidor | N.º |
| PARA | Assessoria Jurídica | DATA |
| ASSUNTO | Resposta SEAP 1856/2011 | 29/04/2011 |
| <p style="text-align: center;"><u>Prezada Assessora Jurídica,</u></p> <p>Encaminho-lhe o presente processo para o necessário PARECER JURÍDICO do projeto de pesquisa de <i>"Prevalência de Transtornos Mentais e Comportamentais e Percepção de Suporte Familiar em Policiais Civis."</i></p> <p>Sendo o que se oferece para o momento e no aguardo das providências que o caso merece,</p> <p>Att,</p> <div style="text-align: center;"> PAULO ROBERTO COELHO PINTO Diretor de Saúde do Servidor</div> | | |

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR

Informação n° 3765/2011

Florianópolis 16 de maio de 2011

Senhor Diretor,

Chega a esta Diretoria para análise e parecer, questão referente à pedido de autorização para realização de pesquisa em prontuários médicos chamada "Prevalência de Transtornos Mentais e Comportamentais e Percepção de Suporte Familiar em Policiais Civis".

Em breve histórico trata-se de uma pesquisa de mestrado que visa verificar a prevalência de TMC e a qualidade do suporte familiar em policiais civis de Santa Catarina. Nos autos consta cópia do projeto com seus objetivos, justificativa e instrumentos e procedimentos de coleta de dados, no qual consta a planilha de exames de prontuários, bem como o roteiro de entrevista e a maneira como serão analisados os dados.

Passando a análise do pedido em tela cabe ressaltar que a análise dos prontuários encontra alguns impedimentos no código de ética médica:

"O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei". (Cap. 1, XI).

É vedado ao médico Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. (Cap.9, Art. 73.).

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal."

Com base nisso, a GECOB propõe modificações na metodologia da pesquisa no intuito de preservar o sigilo e o anonimato dos pacientes, onde irá requerer a autorização dos mesmos mediante carta enviada pela gerência para o servidor.

Conclusão: A pesquisa como foi proposta inicialmente encontra impedimentos legais no Código de Ética Médica, em virtude de exames de prontuários sem autorização do servidor ou sem determinação judicial.

Acredita-se, contudo, que, ao serem realizadas as mudanças propostas pela Gerência, tais óbices acabam e o projeto torna-se eticamente factível e receberá parecer jurídico favorável.

Contudo, à consideração de Vossa Senhoria.

AF
Andréa-Figueiró da Silva
Assistente Jurídica-DSAS
OAB/SC 21.969

*De acordo.
Encaminhe-se à pesquisadora
para providenciar alterações
no projeto conforme parecer
jurídico.*

[Handwritten Signature]
Ulisses Roberto Coelho Brito
Chefe de Saúde do Servidor
SEA/DSAS
Matrícula: 380.788.4-01

16/05/2011



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR
GERÊNCIA DE CONTROLE DE BENEFÍCIOS

INFORMAÇÃO nº 3273/2011

Florianópolis, 25 de abril de 2011.

Referência: Processo SEAP 01856/2011 que solicita acesso a informações de LTS de servidores Policiais Cíveis para pesquisadora Maria Cristina d'Ávila de Castro.

Senhor Diretor,

A pesquisadora **MARIA CRISTINA D'ÁVILA DE CASTRO**, mestranda do Programa de Pós-Graduação de Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Orientação do Prof. Dr Roberto Moraes Cruz, solicita autorização para acesso aos prontuários de Policiais Cíveis de Santa Catarina, afastados por Transtornos Mentais e Comportamentais – TMC no período de 2009 a 2010, bem como a dados estatísticos referentes aos afastamentos dos mesmos. Apresenta projeto de pesquisa e certificado do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da referida instituição de ensino comprovando a aprovação da pesquisa, em cumprimento ao estabelecido pelo CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A solicitação foi submetida à análise das Gerências de Saúde Ocupacional, Perícia Médica e Controle de Benefícios e considerada relevante para o serviço público, porém foi discutida a operacionalização dada à necessidade de identificação dos Policiais Cíveis afastados para que a pesquisadora efetue as entrevistas, parte da metodologia de pesquisa proposta.

Assim, o grupo definiu:

- a) Há necessidade de anexar aos autos a autorização do Gestor do órgão ao qual os Policiais Cíveis estão vinculados;
- b) Não há necessidade de a pesquisadora examinar os prontuários, já que as informações a serem coletadas, descritas no item 4.2, letra a (Fls07), constam do banco de dados do Sistema Informatizado de Recursos Humanos;
- c) Os dados dos servidores constantes do SIRH poderão ser fornecidos em formato de Excel, contendo as seguintes variáveis: CD_codigo_Id; CD_sexo; CD_nivel_escolaridade; Dt_admissão; Dt_nascimento; De_lotação; CD_lotação; QT_dias_examinados; Dt_inicio_afastamento; Dt_fim_afastamento; CD_cid_principal; CD_cid; CD_municipio de lotação; CD_cargo; De_cargo;
O **CD_codigo_Id** será gerado, garantido assim o anonimato, em respeito ao previsto na Resolução 196/96 que discorre sobre pesquisa de seres humanos.
- d) A identificação dos sujeitos, servidores policiais cíveis afastados por TMC, será realizada pela Gerência de Controle de Benefícios - GECOB, que encaminhará correspondência convidando-os a participarem da pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em duas



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR
GERÊNCIA DE CONTROLE DE BENEFÍCIOS

vias. O servidor que consentir em participar da pesquisa deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, modelo proposto pela pesquisadora (Fls 13) acrescido da seguinte redação:

Nesta pesquisa além das informações que você fornecerá via entrevista, obteremos outras informações ao seu respeito oriundas do Sistema Integrado de Recursos Humanos, assim definidas: sexo, escolaridade, cargo, data de admissão, data de nascimento, lotação, dias usufruídos de LTS, data de início da LTS, data fim da LTS e motivo da LTS(CID). Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o seu ANONIMATO. Ou seja, seu nome e outras formas de identificá-lo(a) não serão mencionados em qualquer circunstância.

- e) Após a definição dos servidores Policiais Cívicos que consentirem em participar da pesquisa a GECOB apresentará à pesquisadora a listagem dos participantes com respectivos TCLE assinados e fornecerá os dados secundários mencionados no item c, deste documento.
- f) Os resultados e contribuição da pesquisa deverão ser apresentados à DSAS e suas respectivas Gerências e a Gerência de Recursos Humanos da Polícia Civil.
- g) A pesquisadora deverá entregar uma cópia do manuscrito editado à DSAS, após a conclusão e defesa de sua dissertação.
- h) A pesquisadora deverá comprometer-se a apresentar os resultados de sua pesquisa em eventos científicos de saúde do servidor público, organizados pela DSAS, sem ônus para o Estado.

Ante o exposto, sugerimos remeter os autos para análise e parecer da assessoria jurídica.

À consideração de Vossa Senhoria.

Jane C. C. de Bittencourt Cunha
Gerente de Controle de Benefícios

ANEXO 3



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR
GERÊNCIA DE CONTROLE DE BENEFÍCIOS

Ofício Circular 99/2011

Florianópolis, 27 de junho de 2011.

Senhor servidor,

Com nossos cordiais cumprimentos, estamos realizando esse contato para convidá-lo a participar de uma pesquisa. Representamos a Gerência de Controle de Benefícios que faz parte da Diretoria de Saúde do Servidor da Secretaria de Estado da Administração que é responsável, dentre outras questões pela análise dos motivos de afastamentos por problemas de saúde dos servidores submetidos à avaliação pela Gerência de Perícia Médica.

A pesquisa está sendo conduzida pela mestrandia **MARIA CRISTINA D'AVILA DE CASTRO**, junto ao Curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pelo professor doutor Roberto Moraes Cruz, denominada **“PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL E A PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR EM POLICIAIS CIVIS”**. A pesquisadora é psicóloga policial da Polícia Civil de Santa Catarina desde 1986, e no momento, é pesquisadora.

Por questões éticas não podemos revelar os nomes dos policiais afastados por transtornos mentais à pesquisadora sem prévia autorização, por este motivo estamos fazendo esse contato inicial, considerando que os resultados da pesquisa poderão beneficiar o seu grupo de trabalho, policiais civis, possibilitando aprofundar o conhecimento do processo de adoecimento e planejar ações de saúde.

Assim, anexamos a esta correspondência a **carta de apresentação da pesquisadora** convidando-o a participar de sua pesquisa, **de forma voluntária**, respeitando-se os preceitos éticos estabelecidos para pesquisa em seres humanos em que será preservado seu anonimato e a confidencialidade das informações que você fornecerá.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR
GERÊNCIA DE CONTROLE DE BENEFÍCIOS

Também estamos enviando **duas vias** do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, documento em que você declara seu consentimento em participar da pesquisa e autoriza a Diretoria de Saúde do Servidor a fornecer dados relativos ao cadastro de suas licenças médicas oriundas do Sistema Integrado de Recursos Humanos.

Por favor, leia o Termo e **decida se quer participar da pesquisa**, caso sim, preencha nas duas cópias do Termo os campos no final da página com seu nome por extenso e legível, o nome de um membro de sua família que participará da pesquisa, o nome de sua cidade e a data. Depois, assine o termo e peça ao membro de sua família para assiná-lo também. Fique com uma cópia para você e nos envie uma das vias pelo correio. O envelope resposta já está selado e endereçado a GECOB – Gerência de Controle de Benefícios para você efetuar a devolução sem nenhum custo.

Após uma semana do envio dessa correspondência, efetuaremos uma ligação para você a fim de confirmar o recebimento e esclarecer dúvidas.

Na certeza de que podemos contar com sua participação, agradecemos antecipadamente e nos colocamos a sua disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Jane C. C. de Bittencourt
Gerente de Controle de Benefícios

A(o) Senhor(a)
Servidor(a) Policial Civil



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

POLICIAL, você já esteve afastado do trabalho por problema de saúde?

Meu nome é Maria Cristina d'Avila de Castro, sou psicóloga policial com 30 anos de profissão, atuando na Polícia Civil de Santa Catarina desde 86 atendendo policiais com problemas de saúde, afastados ou não do trabalho.

Atualmente estou fazendo uma pesquisa de mestrado junto ao Curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pelo professor doutor Roberto Moraes Cruz, denominada **“PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL E A PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR EM POLICIAIS CIVIS”**. O objetivo é verificar a relação entre o número total de policiais civis afastados do trabalho, nos anos de 2009 e 2010 com diagnóstico de Transtorno Mental e Comportamental (TMC) e a qualidade do suporte familiar durante as licenças para tratamento de saúde (LTS). Dentro desta categoria estão quadros diagnósticos como estresse, depressão, ansiedade, dentre outros.

Para realizar esta pesquisa, preciso que você autorize a Perícia a me passar os dados sobre a sua saúde funcional e seu telefone para que eu entre em contato com você e inicie os procedimentos de coleta de dados.

Logo você receberá uma carta da Perícia, pois só eles tem acesso aos seus dados até o momento. Junto desta carta terá uma autorização e um envelope já selado para você assinar e enviar para mim pelo correio, sem nenhum custo pra você. Esta autorização permitirá que eu possa entrar em contato com você para explicar melhor a pesquisa e garantir o consentimento ou não da realização das entrevistas de acordo com a metodologia proposta.

Pretende-se que os resultados desta pesquisa demonstrem a relação entre as características do trabalho policial, a prevalência de transtornos mentais e a sua relação com o trabalho e a qualidade do suporte social e familiar. Além disso, objetiva-se a construção de políticas e programas de atenção à saúde dos trabalhadores das organizações policiais.

Agradeço antecipadamente, ao tempo em que me coloco a seu inteiro dispor para outros esclarecimentos que se fizerem necessários pelo email **mcrisdavila@floripa.com.br**.

ANEXO 4

Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) do Código Internacional de Doenças (CID 10ª edição)

F00-F09: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F00: Demência na doença de Alzheimer

F01: Demência vascular

F02: Demência em outras doenças classificadas em outra parte

F03: Demência não especificada

F04: Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F05: Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F06: Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física

F07: Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral

F09: Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos

F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides

F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína

F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos

F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis

F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

- F20 Esquizofrenia
- F21 Transtorno esquizotípico
- F22 Transtornos delirantes persistentes
- F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios
- F24 Transtorno delirante induzido
- F25 Transtornos esquizoafetivos
- F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos
- F29 Psicose não-orgânica não especificada

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

- F30 Episódio maníaco
- F31 Transtorno afetivo bipolar
- F32 Episódios depressivos
- F33 Transtorno depressivo recorrente
- F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes
- F38 Outros transtornos do humor [afetivos]
- F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado

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

- F40 Transtornos fóbico-ansiosos
- F41 Outros transtornos ansiosos
- F42 Transtorno obsessivo-compulsivo
- F43 Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação
- F44 Transtornos dissociativos [de conversão]
- F45 Transtornos somatoformes
- F48 Outros transtornos neuróticos

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

- F50 Transtornos da alimentação
- F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais
- F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica
- F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte
- F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte
- F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

F59 Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F60 Transtornos específicos da personalidade

F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

F64 Transtornos da identidade sexual

F65 Transtornos da preferência sexual

F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação

F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

F70-F79 Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

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

F90 Transtornos hipercinéticos

F91 Distúrbios de conduta

F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência

F95 Tiques

F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

F99 Transtorno mental não especificado

F99 Transtorno mental não especificado em outra parte