



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO – CETREDE
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍCIAMENTO COMUNITÁRIO**

TIENE AMÁLIA RAMALHO

**LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE NA PMCE: UM
OLHAR PARA AS LICENÇAS POR PSICOPATOLOGIAS**

FORTALEZA – CEARÁ
OUT/2009

TIENE AMÁLIA RAMALHO

**LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE NA PMCE: UM OLHAR
PARA AS LICENÇAS POR PSICOPATOLOGIAS**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Ceará – UFC/CETREDE como requisito para a obtenção do grau de especialista em Policiamento Comunitário – Turma I.

Orientador: Prof. Geovani Jacó de Freitas

FORTALEZA

2009

TIENE AMÁLIA RAMALHO

**LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE NA PMCE: UM OLHAR PARA AS
LICENÇAS POR PSICOPATOLOGIAS**

Esta monografia foi submetida à Coordenação do Curso de Especialização em Policiamento Comunitário – Turma I, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Policiamento Comunitário, outorgado pela Universidade Federal do Ceará – UFC e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que feita de acordo com as normas de ética científica.

Data da aprovação ____/____/____

Tiene Amália Ramalho

Prof. Geovani Jacó de Freitas
Orientador

Prof. (a) Celina Amália Ramalho Galvão Lima
Coordenadora

Aos meus pais, Sr. José Ramalho Filho e Sr^a Maria Amália de Sousa Ramalho, pelo amor incondicional, dedicação e ensinamentos que norteiam minha vida.

Ao amigo, Cap PM Veras, exemplo de pessoa e de profissional, pelo incentivo e sugestões pertinentes para a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me dá vida, força e inteligência para continuar a caminhada em busca dos meus objetivos e superação dos obstáculos.

Ao meu orientador, professor Geovani Jacó de Freitas, pela dedicação nas orientações da presente pesquisa.

Ao amigo, Coronel QOPM Marcus Antônio Costa Carneiro, pelo apoio e incentivo na busca do conhecimento em mais esta etapa de estudos.

A todos os professores do Curso de Especialização em Policiamento Comunitário – turma I.

Aos colegas de turma, pelo espírito de corpo durante a realização do curso.

As pessoas que de forma direta ou indireta, contribuíram na elaboração desta monografia.

A todos meu muito obrigada.

Eu sou o Senhor teu DEUS que te cura.

Êxodo Cap.15 Vers. 26

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

PMCE – Polícia Militar do Ceará

BPM – Batalhão Policial Militar

DSAS – Diretoria de Saúde e Assistência Social

BPCHOQUE – Batalhão de policiamento de Choque

EPMONT – Esquadrão de Policiamento Montado

SSPDS – Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social

POG – Policiamento Ostensivo Geral

LTS – Licença para Tratamento de Saúde

OPM – Organização Policial Militar

PM – Policial Militar/Polícia Militar

RESUMO

O trabalho sobre a *Licença para tratamento de saúde na PMCE: um olhar para as licenças por psicopatologias* originou-se da desconfiança em avaliar o aumento das licenças para tratamento de saúde na Corporação. Teve como objetivo central analisar as causas do crescente aumento no número de licenças para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico na Polícia Militar do Ceará. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Participou deste trabalho 01 (uma) psicóloga; 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) diretor de saúde; 02 (dois) médicos peritos; 10 (dez) familiares e 21 comandantes de OPMs. A coleta de dados aconteceu no período de 05/08/2009 a 09/10/2009. Utilizou-se de questionários, entrevistas, visitas e análises documentais. A investigação revelou que a maioria dos entrevistados percebeu um aumento no número de licenças para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico na Corporação. Os comandantes de OPMs destacaram duas motivações para esse aumento acentuado: sobrecarga de serviço atribuído ao PM, bem como a falta de compromisso com o ofício de servir, proteger, guardar e defender a comunidade. Verificou-se a ansiedade e a depressão como as psicopatologias mais recorrentes nos LTS. Percebeu-se a dificuldade em diagnosticar os sintomas das patologias psicológicas e/ou psiquiátricas em uma só tentativa com pouco espaço de tempo. Por esta razão, os testes para o ingresso na Corporação não detectam determinada patologia. Constatou-se que essas patologias podem acometer PMs com pouco tempo de serviço na Corporação, quanto aqueles com mais tempo de serviço. Apontou-se a valorização do PM como forma de reduzir o índice das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na Corporação. Revelou-se a necessidade de se criar mecanismo para acompanhar de forma sistemática o PM, pois no meio daqueles realmente acometidos por estas patologias pode ter policial querendo de alguma forma se beneficiar.

Palavras-chave: psicopatologias; depressão; ansiedade; PMCE.

ABSTRACT

The License to work on health care in PMCE: a look at the licenses for psychopathologies stemmed from mistrust to measure the increase in permits for health treatment of psychological imprint and / or psychiatric treatment in the Corporation. It aimed at examining the causes of the growing increase in the number of sick leave for psychological health and / or psychiatric treatment in the Military Police of Ceará. This is a case study with a qualitative approach. Participated in this study, 01 (a) psychologist; 01 (a) a psychiatrist; 01 (a) health director, two (02) medical experts, 10 (ten) families and 21 commanders of operational units in Fortaleza - CE. Data collection took place from 05/08/2009 to 09/10/2009. We used the questionnaire, interview requests and document analysis. The investigation revealed that the majority of respondents saw an increase in the number of licenses to health care and psychological / psychiatric or the Corporation. Commanders OPMs highlighted two reasons for this dramatic increase: overhead service assigned to the PM and the lack of commitment to the office to serve, protect, defend and save the community. There has been anxiety and depression as the most frequent in the LTS. Realized the difficulty in diagnosing the symptoms of psychological disorders and / or psychiatric in one attempt with little time. For this reason, the tests for membership in the Corporation does not detect a health condition and psychological / psychiatric or because they are subjective. It was found that these diseases can affect PMs with little time for active service in the Corporation, as those with more seniority. He pointed to the recovery of PM as a way to reduce the rate of allowances for health treatment of psychological imprint and / or psychiatric in the Corporation. It turned out the need to create mechanism to monitor systematically the PM, because among those actually affected by these diseases, there may be police wanting in some way benefit.

Keywords: psychopathology; depression, anxiety, PMCE.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
01 CONHECENDO A POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ.....	19
1.1 Histórico da Polícia Militar do Ceará.....	19
1.2 Estrutura Organizacional da Corporação Policial Militar Cearense.....	22
1.2.1 Conhecendo o Comando de Policiamento da Capital e o Comando de Policiamento do Interior.....	24
1.2.2 Conhecendo a Diretoria de Saúde e Assistência Social da PMCE.....	34
02 PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E PSIQUIÁTRICAS – CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS.....	39
2.1 As psicopatologias mais recorrentes no ambiente de trabalho.....	41
2.1.1 Causas e tratamentos das patologias psicológicas.....	50
2.2 Distúrbios psiquiátricos	51
2.2.1 Patologias psiquiátricas – causas e tratamento.....	52
03 DESMISTIFICANDO O EMPÍRICO – O QUE DIZEM OS ATORES PESQUISADOS	54
3.1 A visão dos profissionais sobre as patologias psicológicas e/ou psiquiátricas na Corporação.....	55
3.2 O retrato sintomático das patologias psicológicas e psiquiátricas na visão da família dos policiais acometidos por estes distúrbios.....	62
04 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
05 REFERÊNCIAS.....	70
06 APÊNDICES.....	73
6.1 Apêndice A.....	74
6.2 Apêndice B.....	76
6.3 Apêndice C.....	78
6.4 Apêndice D.....	80
6.5 Apêndice E.....	82
6.6 Apêndice F.....	84
6.7 Apêndice G.....	87

INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta uma análise do aumento das licenças para tratamento de saúde (LTS) de cunho psicológico e/ou psiquiátrico no interior da Polícia Militar do Ceará. Trata-se de uma reflexão acerca dos tipos de patologias psicológicas e/ou psiquiátricas e, aquelas mais freqüentes no diagnóstico de policiais militares da Corporação policial militar cearense. Vincula-se à especialização em Policiamento Comunitário da Universidade Federal do Ceará.

A realização desta pesquisa é justificada pelas observações e experiências vividas no decorrer de mais de dois anos como integrante da Diretoria de Saúde e Assistência Social da Polícia Militar do Ceará (DSAS), na qual se destaca grande número de policiais militares que a cada dia apresenta problemas de saúde, principalmente de ordem psicológica, face aos mais diversos fatores de nosso cotidiano.

O interesse profissional sobressaiu na medida em que se pretendeu investigar as causas do aumento do número de licenças para tratamento de saúde motivada por transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos na Corporação. Entendemos que o policial militar para o desempenho de suas atividades, prioritariamente deve está em padrões aceitáveis de equilíbrio físico e mental, que exige o máximo do seu modo de ser, pensar e agir dentro da nova filosofia de trabalho destinado ao profissional de segurança do cidadão, que deve está no liame do “servir, defender, guardar e proteger a comunidade” (VERAS, 2008, p. 17). Com isso se destacou também o lado social. O interesse pessoal tomou forma pela possibilidade de mostrar cientificamente o melhor caminho para entendermos a problemática das LTS na PMCE e clarificar possíveis tomadas de decisões dos gestores que fazem a segurança pública cearense no tocante ao tema.

A Polícia Militar do Ceará (PMCE), instituição vinculada operacionalmente à Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS) do Estado do Ceará, vem sofrendo, a cada dia, e em maior intensidade, com o *déficit* de efetivo no exercício pleno de suas atividades no serviço ativo da Corporação, preocupação constante principalmente no que implica a atividade fim, Policiamento Ostensivo Geral (POG), pois este põe em xeque a qualidade do serviço de segurança pública, prestado à sociedade.

Contudo, para o ingresso na Instituição e exercício profissional, o candidato deve atender aos requisitos previstos e cumulativos na Lei nº13. 729, de 11 de janeiro de 2006

(Estatuto dos Militares Estaduais do Ceará) em seu artigo 10, inciso XIII, que estabelece aprovação no respectivo concurso público no qual consta entre outros, exames psicológicos e de habilidade específica. Para tanto, a PMCE tinha como responsável pela avaliação psicológica dos candidatos, dentre outras funções, uma Junta Militar de Saúde (JMS) a qual foi extinta pela Lei nº 14.082, de 16 de janeiro de 2008, que veio a reestruturar as perícias médicas do Estado do Ceará dos servidores civis e militares do Estado, e criar a Coordenadoria de Perícia Médica que dentre outros fins tem a competência de realizar perícia para concessão de licença para tratamento de saúde.

O mister da Polícia Militar está postulado na Constituição Federal (1988) no Art. 144, § 5º e 6º, “às Polícias Militares cabem a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública [...] as polícias militares e corpo de bombeiros militares, forças auxiliares e reservas do Exército, subordinam-se juntamente com a Polícia Civil aos Governadores de cada Estado”. Para tanto, o candidato ao ingresso na Polícia Militar do Ceará é submetido a testes psicológicos que detectam algumas psicopatologias, isto é, distúrbios psíquicos e comportamentais que venham a comprometer o seu desempenho profissional, uma vez que o exercício do cargo de profissional responsável pela segurança do cidadão requer que o policial militar tenha, além dos treinamentos técnicos e táticos específicos, autocontrole psicológico bastante acentuado, para que possa solucionar os conflitos que diuturnamente emergem oriundos do estresse cotidiano e da violência em geral na dinâmica do mundo globalizado.

O perfil profissiográfico para o ingresso na corporação, quer como soldado quer como oficial, consta de uma “avaliação psicológica que se constitui num processo de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito das dimensões psicológicas dos indivíduos através de métodos, técnicas e instrumentos, de modo a subsidiar as tomadas de decisões”¹, sendo avaliado conforme o quadro I.

¹ Esses dados constam no Boletim do Comando Geral da Corporação nº 235, publicado na data de 09 de dezembro de 2008. Antes dessa data eram aplicados outros testes psicológicos.

Quadro I
Perfil Profissiográfico da PMCE

Características	Parâmetro do Oficial PM	Parâmetro do Soldado PM	Descrição
Controle emocional	Adequado	Adequado	Controle e reconhecimento de suas emoções, mantendo o autocontrole dos impulsos.
Ansiedade	Diminuída	Diminuída	Controle das funções orgânicas que podem desencadear preocupação antecipada, afetando suas reações diante de estímulos adversos.
Impulsividade	Diminuída	Diminuída	Tendência imperiosa que ocasiona atividade irrefletida, que não pode ser contida pelo o indivíduo.
Resistência a frustração	Adequado	Adequado	Capacidade de manter sua atividade em bom nível, quando privado da satisfação de uma necessidade pessoal.
Atenção concentrada	Bom	Bom	Capacidade de manter a atenção concentrada, diante de estímulos adversos.
Inteligência ²	Bom	Adequado	Grau de inteligência dentro da faixa e aferição, aliado a capacidade de realizar raciocínio lógico, aprender e reestruturar conceito.
Controle da agressividade	Bom	Bom	Capacidade de reagir a estímulos aversivos, com razoável controle de forma socialmente competente.
Memória	Bom	Bom	Habilidade para armazenar imagens de forma adequada, tornando-as disponíveis para lembrança imediata.
Raiva	Diminuída	Diminuída	Classificação da intensidade da raiva no estado emocional do indivíduo, que vai desde a irritação até a fúria intensa ou cólera.
Flexibilidade	Bom	Bom	Indicador do nível de adaptação do indivíduo a situações pessoais e tarefas.
Responsabilidade e iniciativa	Bom	Adequado	Fator que analisa a tomada de decisões com responsabilidade, criatividade para planejar estratégias com base em dados reais.

² No tocante à **inteligência**, exige-se um maior nível no parâmetro do oficial, entretanto, discordamos, pois o soldado é que está na linha de frente, nas ruas. Assim, precisa de autonomia nas suas decisões e de certo grau de inteligência para tomar as atitudes coerentes *in loco*. Da mesma forma, as características **capacidade de liderança, responsabilidade e iniciativa, comunicação e competência social**, pois o soldado também tem que ser um líder, saber ouvir, saber dialogar para poder mediar os conflitos na comunidade. Para tanto, precisa de autonomia nas ruas para um melhor desempenho de suas funções junto à comunidade.

Capacidade de liderança	Bom	Adequado	Expressão de sentimentos de autoconfiança, capacidade de coordenar, liderar, dirigir e influenciar o comportamento de indivíduo e grupo.
Deferência e disciplina	Bom	Bom	Capacidade de acatar normas, manter o respeito e obediência aos seus superiores.
Comunicação	Bom	Adequado	Habilidade para transmitir de forma eficaz mensagens ou idéias.
Persistência	Bom	Bom	Tendência a levar a cabo qualquer tarefa iniciada, com dinamismo.
Assertividade	Bom	Bom	Habilidade para realização de um bom desempenho nas situações que envolvem risco de conseqüências aversivas
Competência social	Bom	Adequado	Habilidades sociais existentes no repertório do indivíduo, que ocasionam um desempenho social competente.

Fonte: Diretoria de Saúde e Assistência Social da PMCE - DSAS

É sabido que a profissão policial militar se encontra no cume das profissões mais estressantes da sociedade atual, onde a violência de maneira geral, e o desrespeito ao ser humano, concorrem para tornar a profissão marcada por aspectos estressores. Entretanto, como pertencente aos quadros desta secular instituição de Segurança Pública há quatorze anos, no cargo de Oficial PM, atualmente ocupando o posto de Capitã, observei que não existe processo de avaliação e assistência psicológica sistematizada que atenda às necessidades do efetivo ativo da Corporação, assistindo principalmente aqueles que se encontram efetivamente em linha de execução, nas ruas.

Percebemos, nos últimos dois anos, aumento considerável de policiais militares em licença para tratamento de saúde, mais especificamente para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, como se verifica no quadro II abaixo.

Quadro II

Números de PM de LTS nos anos de 2007/2008

LTS/ANO	GERAL	PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO
2007	6.141	1.561
2008	7.391	1.858
Total	13.532	3.419

Fonte: DSAS

Esta constatação é preocupante uma vez que os profissionais de segurança do cidadão, ao ingressarem na Corporação, passam por avaliação psicológica, com testes

bastante rigorosos, como forma de detectar alguma psicopatologia que o impossibilite ao exercício do cargo Policial Militar. Observamos, ainda, que os policiais militares que se encontram em licença para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico não são bem vistos por seus superiores hierárquicos e até mesmo por seus pares pois, para muitos, este diagnóstico é o melhor subterfúgio para se eximir das escalas de serviço ou de procedimentos administrativos ou penais.

Para outros, estas licenças são geradas pelo desgaste psicológico que sofre o profissional de segurança do cidadão, no cotidiano do policiamento ostensivo, somados aos problemas de ordem familiar, financeiros, entre outros.

Não obstante, diversos policiais militares em licença para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico já foram flagrados desempenhando serviços alheios à sua atividade profissional, o chamado bico.³

Diante desse dilema é que foram definidas as questões de pesquisa: Quais as causas do aumento do número de licenças para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico na PMCE? Quais os tipos de patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas e, dentre estas, quais são as mais frequentes nas LTS dos PMS? Por que as patologias apresentadas no diagnóstico das LTS dos policiais militares não são detectadas por ocasião do seu ingresso na Corporação? Qual o perfil do policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? O que dizem os profissionais especializados, psicólogo e psiquiatra, sobre essa problemática? O que dizem os comandantes de Organização Policial Militar – OPMS sobre a problemática dos policiais em licença para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico? O que ressaltam os familiares dos policiais militares que se encontram em LTS com esse diagnóstico?

Deste modo, a presente pesquisa investigou a Licença para Tratamento de Saúde na PMCE. Esta investigação teve como recorte específico elucidar as causas do crescente número de licenças para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico na PMCE. Que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na Instituição Policial Militar do Ceará?

³ O serviço remunerado assumido pelo policial militar que não seja oficializado na Corporação é chamado de “bico”.

A presente investigação teve como objeto central analisar as causas do crescente aumento no número de licenças para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico na Polícia Militar do Ceará. Como objetivos específicos: identificar as principais patologias apresentadas pelos Policiais Militares nas LTS; apontar que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na instituição Polícia Militar do Ceará; perceber o porquê das patologias apresentadas no diagnóstico das LTS dos policiais militares não serem detectadas por ocasião da avaliação de ingresso na Corporação; retratar a visão dos profissionais, psicólogo, psiquiatra, médicos peritos e diretor de saúde sobre a problemática, como também dos comandantes de OPMs e familiares de policiais militares que se encontram de licença com este diagnóstico; descrever o perfil do policial militar acometido por patologia de cunho psicológico e/ou psiquiátrico.

Para tanto, escolhemos como método de pesquisa para a presente investigação, o estudo de caso. Este método de pesquisa consiste em uma investigação sistemática de uma instância específica. Barros e Lehfeld (2003, p. 84) advogam que este método de pesquisa “caracteriza-se como uma metodologia de estudo que se volta à coleta de informações sobre um ou vários casos particulares”. Acrescentam ainda que “é considerado como metodologia qualitativa de estudo, pois não está direcionada a se obter generalizações do estudo e nem há preocupações fundamentais com tratamento estatístico”.

Tendo em vista a problemática a ser investigada, optamos por uma abordagem qualitativa. O estudo de natureza qualitativa “exige que o mundo seja examinado com a idéia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 49). Ao assumir tal perspectiva, não descartamos a utilização de um tratamento quantitativo de alguns dados, todavia, tomado de forma complementar. A análise qualitativa destaca-se assim como enfoque central, pois:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível da realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 22).

A pesquisa qualitativa exige maior aproximação com a realidade a ser estudada. Isto supõe que o investigador se coloque na situação e a observe *in loco*. O pesquisador assume o papel de sujeito da pesquisa junto ao campo investigado.

Diante da perspectiva qualitativa, utilizamos como instrumentos de pesquisa a entrevista, o questionário e a observação, além da análise de documentos. As entrevistas foram realizadas com 01 (uma) psicóloga e 01 (um) médico psiquiátrico, ambos do Centro Psicossocial da PMCE, uma vez que estes profissionais atendem os policiais com distúrbios psicológico e/ou psiquiátrico. Também foram entrevistados dois médicos peritos e o diretor de saúde da Corporação.

O questionário com questões abertas e fechadas foi aplicado a 10 (dez) familiares de policiais acometidos de patologias psicológicas e/ou psiquiátrica que residem em Fortaleza. Este quantitativo foi pensado no momento da proposta da presente investigação em 20 (vinte) familiares, uma vez que este número representa 20% dos policiais militares acometidos por estas patologias residentes na Capital e interior do Estado. Entretanto, devido ao fato de termos que conciliar pesquisa e trabalho, o número de questionário aplicado passou a ser 10%. O fato de não disponibilizarmos de tempo para viajar ao interior do Estado, foi preponderante para a escolha somente de familiares residentes em Fortaleza.

A aplicação de questionários, no total de 21 (vinte e um), também foi efetivada a todos os comandantes de OPMs da Capital onde, dentre seus efetivos, constavam policiais acometidos por patologias psicológicas e psiquiátricas.

A observação foi efetivada no setor Perícia Médica do Estado por ocasião da análise documental, como também no Centro Biopsicossocial da PMCE.

A coleta dos dados aconteceu durante os meses de setembro e outubro do ano de 2009, depois de visita exploratória aos locais pesquisados, onde foi externado o objetivo do trabalho a todos os interlocutores, como também ficou acordado que utilizaríamos cognomes para identificação de todos participantes da pesquisa, isto para que as respostas fossem as mais verdadeiras possíveis.

Os achados do estudo, além desta Introdução, estão condensados no presente trabalho em três capítulos, considerações finais, referências, apêndices e anexos. O primeiro capítulo, *Conhecendo a Polícia Militar do Ceará*, mostra o histórico, estrutura organizacional e funcional e, de modo específico, o órgão responsável pela saúde e assistência social do policial militar do Estado do Ceará.

No capítulo seguinte, *patologias psicológicas e psiquiátricas – conceitos e características* assinalam as psicopatologias mais recorrentes no ambiente de trabalho, como também as causas e tratamento.

O terceiro capítulo especifica a análise de campo, dividido em duas seções. A primeira apresenta o olhar dos profissionais sobre as licenças para tratamento de saúde na corporação policial militar cearense. A segunda retrata as patologias de cunho psicológico e psiquiátrico verificadas por familiares de policiais militares acometidos por tais sintomas.

A título de considerações finais, apontamos os achados acerca das licenças para tratamento de saúde na Polícia Militar do Ceará e descrevemos alguns pontos como forma de contribuição para a redução do índice de licença para tratamento de saúde de cunho psicológico e psiquiátrico na Corporação.

CAPÍTULO I

CONHECENDO A POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ

*Esta Instituição (PMCE),
precisa de se dizer e de se contar:
é uma maneira de a compreender
em toda a sua complexidade.
(NÓVOA, 1992, adaptado)*

Para compreendermos a identidade das diversas instituições, quer privada ou estatal, precisamos conhecê-la desde o seu nascedouro, acompanhar a sua história, sua vida, até chegarmos à realidade atual. No caso da Polícia Militar do Ceará (PMCE), ao conhecermos a sua fotografia, de modo funcional e estrutural, acreditamos que seja o primeiro passo para identificarmos os profissionais que compõem essa centenária instituição.

Assim, pretendemos mostrar o retrato da Polícia Militar do Ceará, para que possa compreendê-la em toda a sua complexidade, como sinaliza Nóvoa (1992) na epígrafe de abertura. Esta aspiração se apóia nas formulações de Holanda (1995), Silva (1998), Vicentino; Dórico (2001), Veras (2006 e 2008), entre outros autores.

Para tanto, dividimos a presente seção em três sub itens, de maneira que contemple o histórico, estrutura organizacional e funcional e, de modo específico, o órgão responsável pela saúde do policial militar no Estado do Ceará.

1.1 Histórico da Polícia Militar do Ceará

A preservação da Ordem Pública é missão precípua da Polícia Militar do Ceará como prescreve a Constituição Federal de 1988 (Art. 144, § 5º). Conforme Holanda (1995, apud VERAS, 2006, p. 28), a corporação policial militar cearense foi criada em 24 de maio de 1835 pelo presidente da província do Ceará, o então Padre Senador José Martiniano de Alencar, por meio da Resolução Provincial nº 13, a instituição Polícia Militar do Ceará foi inicialmente denominada de “Força Policial”. Desde seu surgimento a corporação teve

quatorze denominações, conforme descrito no quadro III, recebendo a atual, Polícia Militar do Ceará, em 04 de janeiro de 1947. Esta nomenclatura apoiou-se no texto constitucional de 1946 que, pela primeira vez, designou de polícia militar a força pública responsável pela “segurança interna e a manutenção da ordem nos Estados, nos Territórios e no Distrito Federal” (Art.183). Além disso, esse dispositivo definiu as polícias militares “como forças auxiliares, reservas do Exército”. Esta vinculação permanece na atualidade (Constituição Federal de 1988, Art. 144, § 6º).

Quadro III

Nomes da PMCE desde a sua criação ao momento atual

NOMENCLATURA	DATA
Força Policial	24 de maio de 1835 a 31 de dezembro de 1889
Corpo de Segurança Pública	de 31 de dezembro de 1889 a 1º de março de 1892
Batalhão de Segurança do Ceará	de 1º de março de 1892 a 12 de março de 1899
Batalhão de Segurança	de 12 de março de 1899 a 12 de março de 1913
Batalhão Militar	de 12 de março de 1913 a 28 de dezembro de 1914
Regimento Militar do Estado	de 28 de dezembro de 1914 a 05 de novembro de 1921
Força Pública Militar do Ceará	de 05 de dezembro de 1921 a 28 de outubro de 1924
Regimento Policial do Ceará	de 28 de outubro de 1924 a 04 de novembro de 1929
Força Pública do Estado	de 04 de novembro de 1929 a 15 de abril de 1932
Corpo de Segurança Pública	de 15 de abril de 1932 a 28 de dezembro de 1934
Força Pública do Ceará	de 28 de dezembro de 1934 a 24 de dezembro de 1937
Polícia Militar do Ceará	de 24 de dezembro de 1937 a 16 de dezembro de 1939
Força Policial do Ceará	de 16 de dezembro de 1939 a 04 de janeiro de 1947
Polícia Militar do Ceará	04 de janeiro de 1947 até os dias atuais

Fonte: acervo cultural da PMCE

Para entendermos o motivo da criação da instituição policial militar cearense, que não difere das coirmãs nas unidades federativas, é conveniente que se retrate o panorama político que passava o Brasil imperial na década de 1930, ou seja, no primeiro quinquênio dos

anos de 1830, o Brasil império foi marcado pela abdicação de D. Pedro I, em 7 de abril de 1831. Como o príncipe herdeiro tinha apenas 05 anos de idade, e de acordo com a Constituição de 1824, o País deveria ser governado por uma “Regência Trina Permanente” até sua maioridade. Em virtude do recesso de férias do Senado e da Câmara, em 17/06/1831 foi instituída uma “Regência Trina Provisória” (SILVA, 1998, p. 137) considerando, em decorrência das agitações que movimentava o País, o critério geográfico: “o norte do país, representado pelo Deputado Bráulio Muniz; o sul, pelo Deputado Costa Carvalho; o Brigadeiro Lima e Silva” foi mantido no posto de regente, representando o equilíbrio das tendências que agitava o País (VICENTINO e DORIGO, 2001, p.179). Vários conflitos emergiram nesse período, caracterizando-o como o mais agitado da nossa história, motivado pela busca de equilíbrio político.

Para enfrentar as crescentes agitações, a Regência Trina se apoiava na Lei de 06 de junho do ano de 1831 que centralizava o sistema repressivo nas mãos do Ministério da Justiça, cujo gestor foi o Padre Manoel Antônio Feijó. Esta legislação autorizava o governo a criar milícias subordinadas aos juízes de paz que, por sua vez, poderiam ser substituídos pelo governo. Feijó se destacou como o “homem forte do regime” (SILVA, 1998, p. 109). Para manter a ordem, Feijó atuava como ditador, utilizando-se da Guarda Nacional para reprimir os manifestantes contrários à regência. A Guarda Nacional, criada em 18 de agosto de 1831, era formada pela Guarda Permanente (constituída por senhores rurais) e por profissionais liberais (estes pertencendo à segunda linha de reserva). Apesar dos esforços empreendidos por Feijó, as agitações se propagavam pelo País. Os conflitos de cunho liberal como Cabanagem, no Pará (1835/1836); Sabinada, na Bahia (1837 a 1838); Balaiada, no Maranhão (1838 a 1841) e Farroupilha, no Rio Grande do Sul (1835/1845) são emblemáticos das dificuldades políticas do período.

Em 30 de agosto de 1831, uma lei reduziu o efetivo das forças militares e suspendeu o recrutamento (VICENTINO; DORIGO, 2001). Em contrapartida, abriu-se alistamento para as milícias de proprietário. No ano de 1834, mais especificamente na data de 12 de agosto, foi publicado o “Ato Adicional” que transformava a Regência Trina em Regência Una e, entre outras medidas, concedia autonomia às províncias para criar a sua respectiva força policial. Em consonância com este dispositivo, o Padre José Martiniano de Alencar criou a força policial, hoje, Polícia Militar do Ceará. É nesse contexto de manifestações que a Polícia Militar do Ceará surgiu e tomou corpo.

1.2 Estrutura organizacional da Corporação Policial Militar Cearense

A estrutura da PMCE é ancorada no binômio hierarquia e disciplina. Segue uma forma piramidal dividida em três segmentos: a base, contendo maior número, compreendendo os cabos e soldados; Na parte central, encontra-se os subtenentes e sargentos, estes representando o segundo maior número dentro do efetivo policial militar existente e, no topo, os oficiais.

O modelo hierarquizado presente na Polícia Militar do Ceará, fortemente influenciado pelo modelo do Exército brasileiro, demonstra o distanciamento entre o profissional que planeja e aquele que executa o serviço de preservação da ordem pública. Uma vez que aos oficiais cabem o planejamento e a coordenação dos trabalhos que serão executados pelas praças (subtenentes, sargentos, cabos e soldados) como prescreve o Art. 43 do Estatuto dos Militares Estaduais do Estado do Ceará: “o oficial é preparado, ao longo da carreira, para o exercício do comando, da chefia e da direção das Organizações Militares Estaduais”. Aos subtenentes e sargentos cabem, auxiliar e complementar as atividades dos oficiais na capacitação de pessoal e no emprego dos meios, na instrução, na administração e no comando de frações de tropa. O serviço fim da Corporação é efetivado pelos cabos e soldados, como esclarece tal Estatuto: “os cabos e soldados são, essencialmente, os responsáveis pela execução” (Art. 45, *idem*).

Contudo, como pertencemos a esta centenária instituição policial militar, percebemos um hiato entre o que está escrito e o que é vivido diariamente dentro da Corporação. Na atualidade, os oficiais tanto planejam as ações como também as executam. Não é raro presenciarmos nas ruas da capital e interior do Estado, oficiais PM a frente de policiamento dos mais diversos. Até certo ponto concordamos, pois pela própria designação constitucional, a Polícia Militar, através dos seus agentes, executam o policiamento ostensivo e preventivo.

Entretanto, a Lei 13.729, de 11 de janeiro de 2006 (Estatuto dos Militares Estaduais), norteia as funções dos oficiais e das praças da PMCE. Essa constatação é mais forte quando observamos o juramento da praça por ocasião do término de curso de formação e o juramento ao primeiro posto do oficialato, como abaixo verificamos:

Ao ingressar na Polícia Militar do Ceará, prometo regular a minha conduta pelos preceitos da moral, cumprir rigorosamente as ordens das autoridades a que estiver subordinado e dedicar-me inteiramente ao serviço policial-militar, à polícia ostensiva, à preservação da ordem pública e à segurança da comunidade, **mesmo**

com o risco da própria vida. (Compromisso das praças. Art. 49, inciso I, letra a, Estatuto dos Militares Estaduais). (grifos nossos).

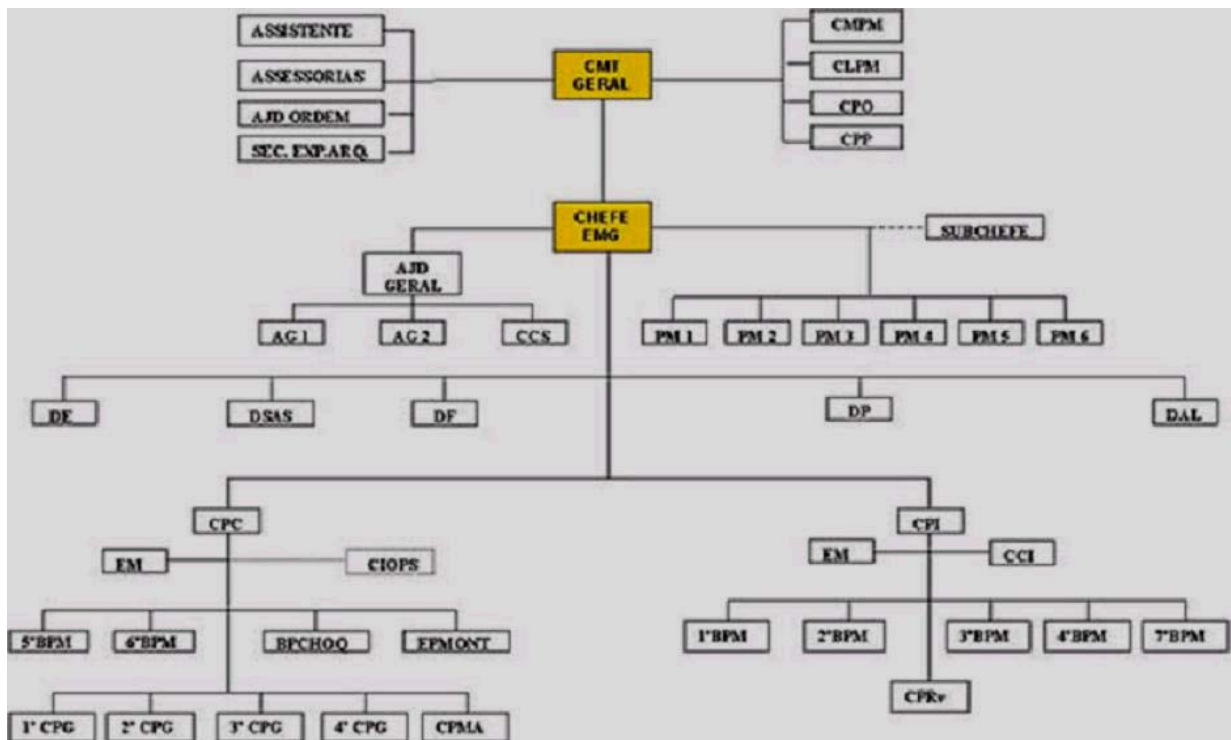
Perante a Bandeira do Brasil e pela minha honra, prometo cumprir os deveres de oficial da Polícia Militar/Corpo de Bombeiros Militar do Ceará e dedicar-me inteiramente ao serviço. (Compromisso ao primeiro posto do oficialato. Art. 49, inciso III, Estatuto dos Militares Estaduais).

Os grifos no compromisso de honra das praças são emblemáticos, pois estabelece o risco da própria vida no desempenho das funções. Ao passo que em relação aos oficiais o compromisso de honra não designa tal situação. Assim, podemos inferir que os oficiais não são formados para estarem na linha de frente, ou seja, nas ruas.

Notamos que o Estatuto da Polícia Militar do Ceará define muito bem o profissional que planeja (oficial) daquele que executa (praça). Com isso, mantêm-se um certo distanciamento entre ambos. Esta lacuna faz com que existam dois mundos dentro da Corporação: aquele relativo aos oficiais e aquele referente as praças.

Atualmente, a Polícia Militar do Ceará se encontra estruturada de acordo com o organograma a seguir (fig. 01). Este modelo estrutural foi instituído pela Lei nº 10.145, de 29/11/1977 (Lei de Organização Básica da Polícia Militar do Ceará). É dividida em Comando-Geral, Órgãos de Apoio e Órgãos de Execução.

Fig. 1 - Organograma da Polícia Militar do Ceará



Fonte: PMCE

O Comando Geral é responsável pela gestão e a administração da Corporação por intermédio dos órgãos de direção e apoio (Diretoria de Ensino - DE, Diretoria de Pessoal - DP, Diretoria de Finanças - DF, Diretoria de Apoio Logístico - DAL e Diretoria de Saúde e Assistência Social - DSAS), e de execução (Comando de Policiamento da Capital - CPC e o Comando de Policiamento do Interior – CPI) responsáveis diretamente pelo policiamento ostensivo geral do Estado do Ceará, pelas ações preventivas e ostensivas em todo o Estado.

Os órgãos de direção e apoio têm a competência do planejamento das ações institucionais, o levantamento das necessidades de pessoal e material com vistas à manutenção da sua organização e do cumprimento de sua missão constitucional, mediante a imposição de ordens e diretrizes aos escalões subordinados (órgãos de apoio e de execução).

Neste trabalho, deteremo-nos na apresentação do modo funcional dos órgãos de execução (Comando de Policiamento do Interior e Comando de Policiamento da Capital) e de um órgão de direção e apoio, a Diretoria de Saúde e Assistência Social, pois foi constatado que a maioria do efetivo policial militar que está de licença para tratamento de saúde é oriundo da atividade fim⁴.

1.2.1 Conhecendo o Comando de Policiamento da Capital e o Comando de Policiamento do Interior

O serviço operacional da Polícia Militar do Ceará é desenvolvido por diversas organizações policiais militares da capital e interior do Estado do Ceará, subordinados diretamente ao Comando de Policiamento da Capital - CPC e Comando de Policiamento do Interior - CPI, respectivamente.

Na capital cearense, o serviço diário de policiamento é desenvolvido pelo 5º Batalhão Policial Militar – 5º BPM e 6º Batalhão Policial Militar- 6º BPM. Além das Organizações Policiais Militares - OPM especializadas como o Batalhão de Policiamento de Choque - BPCHOQUE, Esquadrão de Polícia Montada - EPMONT, Companhia de

⁴ Atividade fim é o termo utilizado para caracterizar o PM que desenvolve seu ofício nas ruas. O serviço realizado internamente nas organizações policiais militares é denominado de atividade meio.

Policciamento Ambiental - CPMA e Pelotão de motos, acrescentando também o Batalhão de Policiamento Comunitário - BPCOM⁵, criado no segundo semestre do ano de 2007.

O 5º Batalhão Policial Militar localizado no centro de Fortaleza, na Rua Antônio Pompeu⁶, 555. É formado por sete companhias localizadas em diferentes bairros da Capital, como descrevemos a seguir:

A 1ª Companhia com sede na Rua Silva Paulet, 495, no bairro Meireles, é responsável pelo policiamento dos bairros Aldeota, Praia de Iracema, Meireles, Varjota, Mucuripe, Vicente Pizón, Serviluz, Cocó, Cidade 2000, Dunas, Praia do Futuro, Caça e Pesca e Cais do Porto. Esta Companhia possui um efetivo de 425 policiais militares.

Em Messejana, na Rua Padre Pedro Alencar, 1091, é localizada a 2ª Companhia. Esta possui um efetivo de 153 policiais militares para o policiamento nos bairros de Messejana, Ancori, Barroso I, Cajazeiras, Jangurussu, Pedras, Coaçú, Curió, Guajirú, Lagoa Redonda, Parque Iracema e Paupina.

Na Rua Monsenhor Hélio Campos, 381, no bairro Pirambú, é localizada a 3ª Companhia. Esta possui um efetivo de 158 policiais militares para o ofício da preservação da ordem pública nos bairros do Cristo Redentor, São Geraldo, Álvaro Weyne, Barra do Ceará, Carlito Pamplona, Floresta, Jacarecanga, Monte Castelo, Parque Araxá, Parquelândia, Pirambú, Presidente Kennedy e Vila Elery.

A 4ª Companhia é localizada na Avenida Central do bairro Tancredo Neves. Além deste bairro esta Companhia é responsável pelo policiamento dos bairros seguintes: Cidade dos Funcionários, Parque Manibura, Luciano Cavalcante, Salinas, Edson Queiroz, Sabiaguaba, Guararapes, Sapiranga, Cambeba, Alagadiço Novo e Aerolândia. Para tanto, esta Companhia conta com um efetivo de 165 policiais militares.

Os bairros Centro, Moura Brasil, Farias Brito, Amadeu Furtado, Rodolfo Teófilo, Benfica, José Bonifácio, Fátima, Damas, Bom Futuro, Jardim América, Papicú, Dionísio Torres, Joaquim Távora, São João do Tauape e Lagamar são cobertos pelo policiamento da 5ª

⁵ O Batalhão de Policiamento Comunitário foi criado para agregar todo o efetivo do Programa “Ronda do Quarteirão”.

⁶ Os dados referentes aos Batalhões e Companhias se encontram disponível em: [HTTP://www.pm.ce.gov.br](http://www.pm.ce.gov.br). Acesso em 20 mai. 2009. (Adaptado).

Companhia, localizada na rua Princesa Isabel, 1236 – Centro. Para este fim, a 5ª Companhia possui o efetivo de 325 policiais militares.

A 6ª Companhia, localizada na Rua Anário Braga, 1000, no bairro de Antônio Bezerra, possui um efetivo de 211 policiais militares para o policiamento nos bairros de Antônio Bezerra, João XXIII, Jóquei Clube, Pici, Henrique Jorge, Autran Nunes, Dom Lustosa, Quintinho Cunha, Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema e Padre Andrade. .

No bairro Parangaba, é sediada a 7ª Companhia, na Rua Júlio Braga, 221. Esta companhia é responsável pelo policiamento nos bairros da Serrinha, Castelão, Dias Macedo, Pan Americano, Demócrito Rocha, Bela Vista, Itaoca, Couto Fernandes, Montese, Vila União Aeroporto e Itapery. Para tanto, dispõe de um efetivo de 172 policiais militares.

O 6º Batalhão Policial Militar tem sob sua égide quatro companhias, sendo que duas destas são responsáveis pelo policiamento da Região Metropolitana de Fortaleza, como abaixo verificado:

A 1ª Companhia está situada na Rua 1º de Janeiro, 928, no bairro Maraponga. Esta tem como efetivo 129 policiais militares para fazer o policiamento nos bairros do Mondubim, Conjunto Esperança, Parque Santa Rosa, Parque II irmãos, Passaré, Parque presidente Vargas, Maraponga, Vila Manoel Sátiro, Dendê, Jardim Cearense e Conjunto José Walter.

Com sede na Rua Cel. João Licinho, 239 no bairro Itambé, em Caucaia, a 2ª Companhia com o efetivo 185 policiais militares faz o policiamento ostensivo nos bairros do município de Caucaia, como também nos distrito daquela cidade.

No município de Maracanaú, mais precisamente na Avenida 5, 120 - Conj. Jereissati, está instalada a 3ª Companhia. Esta é responsável pela preservação da ordem pública nos municípios de Maracanaú, Maranguape, Itatinga, Guaiuba, Pacatuba, Aquiraz e Eusébio. Para isso, tem sob seu comando o efetivo de 382 policiais militares.

A 4ª Companhia com sede na Avenida Ministro Albuquerque Lima, 280, na 2ª Etapa Conjunto Ceará, conta com o efetivo de 184 policiais militares para o policiamento nos bairros do Conjunto Ceará, Parque Genibaú, Granja Lisboa, Bom Jardim, Bom Sucesso, Granja Portugal, Parque São José, Canindezinho e Siqueira.

O Batalhão de Policiamento de Choque, sediado na Rua Antônio Pompeu, 260, no Centro de Fortaleza, originou-se da Companhia de Policiamento de Choque do 5º BPM, a qual teve sua criação no dia 22 de outubro de 1977, por força da lei estadual nº 10.145. Sendo composto de quatro companhias como se verifica:

A 1ª Companhia denominada de Comando Tático Motorizado - COTAM, foi criada com o objetivo de combater os crimes violentos ocorridos na esfera do Estado do Ceará e região metropolitana de Fortaleza, tais como: roubos a bancos, a estabelecimentos comerciais e similares, ao crime organizado, a criminosos armados em locais de difícil acesso e combate as gangues e delinquentes. Esta Companhia possui um efetivo de 104 policiais militares.

Referenciada como Companhia de Controle de Distúrbios Cíveis - CDC, A 2ª Companhia é responsável pelo policiamento em eventos, conta hoje com um efetivo de 237 policiais militares para responder aos anseios da sociedade cearense.

Representada pelo Grupo de Ações Táticas Especiais - GATE. A 3ª Companhia Formada por 53 policiais militares, atua somente nas ocorrências de alta complexidade, como: ocorrência com refém, ocorrência em estabelecimentos penais, assalto a banco, combate ao crime organizado, entre outras missões.

O CANIL é a denominação da 4ª Cia. Esta desenvolve o policiamento ostensivo em todos os eventos onde se faça necessário o emprego de cães para a preservação da ordem pública. Conta com o efetivo composto de 53 policiais militares.

O Esquadrão de Polícia Montada teve sua origem no ano de 1850, com a Lei 524 de 11 de dezembro daquele ano, sendo localizada na Rua Tomás Idelfonso, 1500 - Cambéa. Os policiais montados atuam em eventos que vão desde praças esportivas, passando por operações de controle de distúrbios cíveis até o policiamento ostensivo montado propriamente dito, sempre no intuito de proporcionar maior sensação de segurança à comunidade. Atualmente, na sede do Esquadrão, são lotados 148 policiais militares, além de 10 policiais militares em cada pelotão situado nos municípios de Russas, Quixadá e Crato.

A Companhia de Polícia Militar Ambiental - CPMA foi fundada em 30 de agosto de 1991. Sediada na Avenida Dr. Raul Barbosa, 6801, no Bairro Aerolândia, em Fortaleza, tem como objetivo principal ampliar o policiamento ambiental para melhor defender e

preservar o meio ambiente. Com a criação da CPMA, surgiram os 2º e 3º Pelotões sediados no interior do Estado, respectivamente, em Juazeiro do Norte e Sobral, este último inaugurado no dia 16 de julho de 2008. Com a expansão do Policiamento Ambiental no âmbito Estado do Ceará, também surgiram dois Grupamentos de Polícia Militar Ambiental, localizados em Jericoacoara e Chapada do Araripe, respectivamente. Esta Companhia dispõe de um efetivo de 140 policiais militares.

O Pelotão de motos, sediado na Rua Antônio Pompeu, 260, no centro da Capital. É composto de um efetivo de 116 policiais militares, desempenhando patrulhamento na capital cearense em equipes de quatro a cinco policiais em motos patrulhamento.

O Batalhão de Policiamento Comunitário – BPCOM – Localizado na Avenida Bezerra de Menezes, 569, é responsável pelo efetivo do programa “Ronda do Quarteirão”. Atualmente composto de um efetivo de 1.617 policiais militares.

O Comando de Policiamento do Interior é composto por cinco Batalhões Policiais Militares: Estes Batalhões são divididos em companhias, pelotões e destacamentos. De maneira que em todos os municípios do interior do Ceará tenham uma equipe da Polícia Militar do Ceará.

O 1º Batalhão Policial Militar – 1º BPM, sediado no município de Russas, mais precisamente na Rua Benjamim Constant, 343, é composto por cinco companhias:

A 1ª Companhia - localizada no interior do 1º BPM possui 204 policiais militares e faz o policiamento ostensivo e preventivo nos municípios de Aracati, Fortim, Icapuí, Itaiçaba, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano, além da cidade de Russas.

Sediada no município de Quixadá, na Rua Tenente Cravo, 517 - Campo Velho, a 2ª Companhia é responsável pelo policiamento nos municípios de Quixadá, Ibaretama, Choró, Banabuiú, Quixeramobim, Senador Pompeu, Milhã, Irapuã Pinheiro, Solonópoles, Pedra Branca e Ibicuitinga. Para tanto, possui 244 policiais para fazer o policiamento.

A 3ª Companhia - localizada na Rua Eliziário Pinheiro, 410 - Conjunto Jaguaribe, no município de Jaguaribe, faz a segurança com o policiamento ostensivo e preventivo com o total de 112 policiais militares distribuídos nos municípios de Jaguaribe, Pereiro, Ererê, Iracema, Potiretama, Alto Santo, Jaguaretama e Jaguaribara.

Na Rua Cândido Olímpio, 1719 - Centro de Limoeiro do Norte, está instalada a 4ª companhia. Esta companhia é responsável pelo policiamento dos municípios de Limoeiro do Norte, Quixeré, S. João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte, possuindo um efetivo de 109 policiais para este fim.

A 5ª Companhia, com sede na Rua João Facundo, s/n, localizada no centro de Pacajús, com o efetivo composto de 154 policiais militares, é responsável pela preservação da ordem pública nos municípios de Pacajús, Beberibe, Cascavel, Pindoretama, Horizonte e Chorozinho .

O 2º Batalhão Policial Militar – 2º BPM, localizado na Avenida Castelo Branco, 34 - Romeirão, na cidade de Juazeiro de Norte. Possui sob seu comando cinco companhias, como se seguem:

A 1ª Companhia é localizada na própria sede do Batalhão, possuindo um efetivo de 337 policiais militares para fazer o policiamento nas cidades de Juazeiro do Norte, Barbalha, Missão Velha, Caririaçu, Grangeiro e Jardim.

Localizada no município de Iguatu, mais precisamente na Rua Adeodato Matos Cavalcante, 100, Aeroporto, a 2ª Companhia faz o policiamento das cidades de Iguatu, Jucás, Mombaça, Icó, Orós, Acopiara, Lavras da Mangabeira, Cedro, Cariús, Saboeiro, Quixelô, Piquet Carneiro e Catarina, com o efetivo de 216 policiais militares.

Na Rua Manoel Inácio Bezerra, 359, centro de Brejo Santo, encontra-se localizada a 3ª Companhia, sendo responsável pelo policiamento ostensivo e preventivo nas cidades de Brejo Santo, Abaiara, Aurora, Baixio, Barro, Ipaumirim, Jati, Mauriti, Milagres, Pena Forte, Porteiras e Umari, contando com 198 policiais militares para esse ofício.

A 4ª Companhia, sediada na Travessa Alexandre Torres, nº 301, no centro da cidade de Campos Sales, é responsável pelo policiamento nos municípios de Campos Sales, Aiuaba, Antonina do Norte, Araripe, Potengi e Salitre. Para o desempenho de sua missão a 4ª Cia/2º BPM conta com o efetivo de 92 policiais militares.

No município do Crato é localizada a 5ª Companhia, na Avenida Teodorico Teles, 45, no bairro Cruz. Esta Companhia possui um efetivo de 180 policiais militares para fazer a preservação da ordem pública nos municípios de Crato, Várzea Alegre, Farias Brito, Assaré, Santana do Cariri, Nova Olinda, Tarrafas e Altaneira.

Na cidade de Sobral é sediado o 3º Batalhão Policial Militar – 3º BPM. Este Batalhão é composto de três companhias, como descrevemos:

A 1ª Companhia, localizada na sede do Batalhão, na Rua Frederico Gomes, 1030, é responsável pelo policiamento nos municípios de Sobral, Alcântaras, Carirê, Forquilha, Groairas, Irauçuba, Itapajé, Massapé, Meruoca, Mucambu, Pacujá, Reriutaba, Santana, Tejuçuoca e Varjota. Para tanto, conta com um efetivo total de 325 Policiais Militares.

No município de Tianguá, na CE – 187, km 02, no bairro Freixeirinha, é sediado a 2ª Companhia. Possui o efetivo de 160 policiais militares para fazer o policiamento nas cidades de Tianguá, Carnaubal, Frecheirinha, Graça, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, Ipú, Pires Ferreira, São Benedito, Ubajara e Viçosa do Ceará.

Os municípios de Camocim, Chaval, Coreaú, Barroquinha, Granja, Martinópole, Moraújo, Senador Sá e Uruoca ficam sob a coordenação em termo de policiamento, da 3ª Companhia, localizada no município de Camocim, na Rua 03 de Outubro, 57, no bairro Tijuca. Esta Companhia possui um efetivo de 174 policiais militares.

No município de Canindé se encontra o 4º Batalhão Policial Militar – 4º BPM, com sede na Avenida Perimetral, s/n - Santa Luzia. Tem sob seu comando quatro companhias, a saber:

A 1ª Companhia, localizada na sede do Batalhão, possui um efetivo de 139 policiais militares para fazer o policiamento nos municípios de Canindé, Apuiaries, Boa Viagem, Itatira, Madelena, Caridade, General Sampaio, Paramoti e Santa Quitéria.

Com um efetivo de 147 policiais militares, a 2ª Companhia sediada na Rua Madre Pierina Uslenghin, 95, bairro Lajes em Baturité, faz o policiamento nos municípios de Baturité, Redenção, Acarape, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Capistrano, Guaramiranga, Itapiuna, Mulungu, Ocara, Pacoti e Palmácia.

A 3ª Companhia faz o policiamento nos municípios Itapipoca, Acaraú, Amontada, Bela Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco, Miraima, Morrinhos, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luiz do Curu, Trairi, Tururu, Umirim e Uruburetama, com um efetivo de 350 policiais militares. Esta Companhia é localizada na Avenida Anastácio Braga, 3003, no Centro de Itapipoca.

Na cidade de Crateús, conhecido como o Batalhão dos Inhamus, situa-se o 7º Batalhão Policial Militar – 7º BPM, na Rua Bento Coutinho, 50, centro. Este Batalhão é composto de três Companhias, como se segue:

A 1ª Companhia – localizada na própria sede do Batalhão possui um efetivo de 127 policiais militares para fazer o policiamento nos municípios de Crateús, Independência, Novo Oriente, Monsenhor Tabosa, Tamboril e Senador Catunda.

No município de Tauá, é sediada a 2ª Companhia, na Av. Moacir Pereira Gondim, s/n, no bairro Tauazinho. Possui um efetivo 48 policiais militares para o policiamento nas cidades de Tauá, Quiterianópolis, Parambú e Arneroz.

A 3ª Companhia, localizada na Rua Benedito Chagas Maia, s/n, bairro Tamarindo, no município de Nova Russas. Esta Companhia faz o policiamento ostensivo e preventivo nos municípios de Nova Russas, Hidrolândia, Ararendá, Poranga, Ipaporanga, Croata e Ipueiras, contando com 64 policiais militares.

O serviço desenvolvido na capital cearense segue várias modalidades, como podemos citar:

- **Policiamento em viaturas** - realizado em todos os bairros de Fortaleza. Esta modalidade de policiamento está em ascensão em virtude da implementação do programa governamental denominado “Ronda do Quarteirão”, que colocou em área de até três KM², uma viatura do tipo Hilux, vindo a somar com as viaturas existentes do policiamento normal da grande capital cearense.
- **Policiamento em motos** - Esta modalidade de policiamento também está em ascensão devido à aquisição de diversas motos para o “Ronda do Quarteirão, que também veio a adicionar ao policiamento de motos já existente em cada companhia. O maior destaque para esta modalidade de policiamento fica com o “pelotão de motos”, pois se destaca nas apreensões de armas na capital do Estado.
- **Policiamento a pé** - modalidade de policiamento que ocorre em maior frequência no Centro de Fortaleza e na Avenida Beira-Mar. É uma modalidade de fazer policiamento que cobre a menor área de extensão, contudo, é aquela que está mais próximo da comunidade, em particular, daquelas pessoas que andam a pé.

- **Policciamento de guarda** - Responsável pelo policiamento (guarda) interno e externo dos quartéis e pela guarda externa dos diversos presídios da capital e interior do Estado.

As modalidades de policiamento do interior não diferem daquelas da Capital, entretanto, a de maior recorrência é o policiamento a pé, pois o interior do Ceará ainda não foi assistido com políticas de segurança pública, em particular na compra de viaturas comparado à Capital.

Na Capital, as escalas de serviço para o cumprimento das diversas modalidades de policiamento é realizada em turnos de 12 X 24 horas, 12X48 horas, 24 X 48 horas e 24X72 horas. A primeira escala inicia as 07h00 indo até às 19h00. Não sofrendo descontinuidade, uma vez que outra equipe assume de 19h00 às 07h00 e, assim sucessivamente. A segunda inicia às 08h00 e encerrando às 08h00 do dia seguinte. Estas escalas exigem por demais do físico, sistema emocional e psicológico dos policiais militares, em particular aquelas escalas do período noturno, pois ao policial militar não é dado o direito de repousar quando está de serviço, exceto naquelas escalas de 24 X 48 horas ou mais.

Nas escalas de 24 X 48 horas ou mais, normalmente é dividida em turnos de duas horas com atenção exclusiva ao serviço, com quatro horas de menor atenção. Podendo o PM, à noite, repousar no horário das quatro horas de menor atenção.

A escala que está se destacando como o “calcanhar de Aquiles” do Governador do Estado do Ceará é a do Ronda do Quarteirão, uma vez que os policiais que fazem parte deste programa trabalham em turnos de 08h00 diárias, em seis dias consecutivos e no mesmo horário, ou seja, primeiro turno de 06h00 às 14h00, segundo de 14h00 às 22h00 e terceiro de 22h00 às 06h00. Os policiais do Ronda do Quarteirão cumprem, desse modo, uma escala de 48 horas semanais de serviço.

As reclamações a esta escala são constantes, em particular relacionadas ao horário de 22h00 às 06h00, chegando ao ponto da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará se manifestar em sessão solene contrária a tal escala, inclusive, estipulando prazo ao Governo do Estado do Ceará a mudá-la. O Governador, em conteste, informa que não existem policiais suficientes para mudança. Apesar do término do curso de formação profissional de 1.800 novos soldados na segunda quinzena de junho de 2009. Como solução, o governo já anunciou novo concurso para 2.000 soldados para o ano de 2010. Assim, esperamos que a problemática

de escala do Ronda do Quarteirão se solucione ou que pelo menos minimize com a contratação dos futuros PMs.

No interior do Estado a escala segue a adotada na Capital. Diferindo muitas vezes para pior, ou seja, em muitos destacamentos os policiais militares trabalham dois, três ou mais dias consecutivos para poderem ter uma folga. Folga esta que muitas vezes não chega ao número equitativo de dias trabalhados. Isso se origina pelo fato do número reduzido de policiais militares lotados no interior do Estado.

Ao implementar o Ronda do Quarteirão na capital cearense, o governador do Estado, Cid Ferreira Gomes, criou gratificação específica para essa modalidade de policiamento, caracterizada pela aproximação e interação com a comunidade. No momento atual, essa gratificação foi estendida para a atividade fim dos Batalhões e Companhias da capital e interior do Estado que aderirem à escala dessa nova filosofia de polícia, policiamento comunitário. Todavia, a formação (capacitação), que é de fundamental importância para que os policiais antigos se moldem à filosofia de polícia comunitária foi deixado à margem.

Percebemos, mesmo de forma tácita, que aos poucos o Governador do Estado está expandido a escala de 08h00 diárias de serviço nos moldes do programa Ronda do Quarteirão. Esta escala, na nossa concepção, vivenciada em 14 anos de Corporação policial militar, caracteriza-se como um desrespeito ao agente de segurança pública, como cidadão e servidor público, principalmente o último turno, pois trabalhar seis dias consecutivos de 22h00 às 06h00 sem, sequer, direito à pausa para repouso, é por demais desgastante. Por outro lado, percebemos que é necessário para a desenvoltura do mister policial militar, a presença da mesma equipe, no mesmo local de atuação, todos os dias. Essa presença diária do policial, em determinada área e com autonomia na execução de suas tarefas, facilita a sua interação e aproximação com a comunidade local, com isso enaltecendo a filosofia de polícia comunitária que é o foco do Ronda do Quarteirão.

Entretanto, apontamos que para esta escala se tornar um modelo a ser seguido, o ponto chave será a redução das horas de trabalho de cada equipe, em particular daquela do último turno, ou seja, de 22h00 às 06h00.

1.2.2 Conhecendo a Diretoria de Saúde e Assistência Social da PMCE

Toda problemática de cunho psicológico/psiquiátrico e assistencial que acomete ao policial militar e sua família deságua na Diretoria de Saúde e Assistência Social - DSAS. Este dilema nós conhecemos de perto, pois está com dois anos e cinco meses que estamos lotadas nesta Diretoria.

A diretoria de Saúde e Assistência Social, criada pela Lei Estadual nº 11.035, de 23 de maio de 1985, tem como escopo o planejamento, coordenação, fiscalização, execução e controle das atividades inerentes à saúde dos policiais militares e a seus dependentes. Possui cinco órgãos vinculados como descrevemos:

Hospital da Polícia Militar do Ceará (HPM) - este hospital foi criado na década de 1960 para assistir a família policial militar na questão mais nobre ao ser humano, a saúde. Os médicos que ali atuavam na sua maioria eram oficiais médicos do Quadro de Saúde da PMCE. Entretanto, atualmente, o HPM está prestes a fechar devido ao descaso dos Governadores Estaduais que não direcionam verbas, como também não abrem concurso público para o quadro médico da Corporação. No HPM, até o final da década de 1990, eram desenvolvidos os serviços de pediatria, centro cirúrgico, pronto atendimento, laboratório de análises clínicas, radiologia, farmácia e UTI móvel. Contudo, alguns desses serviços ainda são efetivados de forma precária. Portanto, resta aos policiais militares e dependentes que não tenham planos de saúde, recorrer ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Centro odontológico da PMCE (CEOP) – Este centro foi criado na década de 1990 e desenvolve serviços de ortodontia, prótese, dentística, cirurgia buço-dentária e buco-maxilo facial, destinados à família policial militar. O CEOP também se encontra em decadência devido à falta de verbas, bem com à falta de profissionais para o quadro de saúde no campo odontológico. Outro ponto negativo para este centro é em relação ao atendimento, pois ainda não foi implantado marcação por via telefônica, ou seja, o policial que necessitar de serviço odontológico deve se dirigir as 07h00 ou às 12h00 para a sede do centro e, muitos ficam sem o atendimento devido ao número mínimo de consultas.

Unidade de medicina física e reabilitação – oferece o serviço de fisioterapia e de fonoaudiologia ao policial militar e aos seus dependentes. Nesse local não acontece

reclamações ao atendimento, isto se dar por conta do número suficiente de profissionais que ali trabalham: policiais militares, funcionários estaduais civis e estagiários.

Serviço de Assistência Religiosa (SAR) – é desenvolvido pelo único oficial capelão existente na Corporação, através dos seguintes serviços: missas, casamentos, batizados, aconselhamentos e visita aos policiais militares que se encontram enfermos.

Centro Biopsicossocial – CBS, este centro foi fundado no final do ano de 2008, com a fusão do serviço de assistência social e do centro psicossocial da corporação, que funcionavam em prédios separadamente. O último tinha sido criado há doze anos e desenvolvia assistência psicológica aos quatorze mil policiais da ativa e a seus dependentes, bem como aos policiais da reserva que precisassem de tal serviço, isto somente com o serviço de uma só profissional e fundadora, a psicóloga Débora Cristina Tonet Ravello.

Como percebemos, mesmo com dedicação exclusiva desta psicóloga, era demasiadamente impossível desempenhar um serviço de atendimento psicológico de qualidade. É diante de tais situações, dentre outras, que o centro biopsicossocial emergiu objetivando:

Exercer a atividade integrada do centro biopsicossocial, implementando alternativas de ações técnicas, preventivas e dinâmicas com abrangência em todo Estado do Ceará, com emprego dos processos de assistência, aconselhamento espiritual, atendimentos psicológicos, projetos de capacitação profissional, grupos terapêuticos e psicoterapêuticos, programa de ressocialização, programa educativo para ressocialização, práticas de esportes e outros, que sejam capazes de atender as necessidades da família policial militar e servidores civis em harmonia com as diretrizes da Corporação. (Normas Gerais de Ação – Centro Biopsicossocial, 2009, p 4).

Os serviços apontados no objetivo geral do Centro Biopsicossocial, na sua maioria, já era desenvolvido pelo serviço de assistência social e pelo centro psicossocial. Contudo, foi criado as normas gerais de ações para tal Centro onde foi previsto inovações para os serviços sociais e psicossociais. Assim, cabe dissecarmos o documento que normatizou o novo centro biopsicossocial.

A norma geral de ações trata-se de um documento que define o plano de ações e metas a serem alcançados pelo centro biopsicossocial. Este documento contém 33 páginas e se encontra dividido em três partes como aqui demonstrado: primeira parte denominada de planos de ações e metas do centro biopsicossocial, insere-se nesse contexto nove itens como, introdução, objetivo geral, objetivos específicos, responsabilidades, co-participantes, custos,

equipe executora, síntese da proposta e documentação. Na segunda parte constam a finalidade, justificativa, diagnose, clientela, dimensionamentos e projeções das atividades do centro biopsicossocial, instituições co-participantes e anexos. A execução do referido plano consta na última parte.

Na primeira parte, mais especificamente na introdução, está escrito que o referido plano tem como base “novas perspectiva em relação à assistência ao acompanhamento biopsicossocial aos **militares estaduais** [...]. Desta forma consolidando-se em um ambiente único, compactado de profissionais integrantes do serviço social e psicológico, com propostas inovadoras de **prevenir e tratar o policial militar** e reintegrá-lo à vida familiar, social e profissional [...] (p. 03). (Grifos nossos).

Os grifos acima simbolizam o anseio do Centro Biopsicossocial, porém, com aproximadamente seis meses de funcionamento, continua com os mesmos serviços antes desempenhados pelo serviço social e pelo centro psicossocial. Apesar da ampliação do quadro de funcionários como de duas assistentes sociais para quatro e de uma psicóloga para quatro psicólogas, além de um médico psiquiatra já existente no modelo anterior.

Assim, podemos constatar que ainda não existe trabalho preventivo naquele Centro, uma vez que a demanda de policiais militares é muito grande e o número de funcionários ainda bastante incipiente. Soma-se a isso a abertura no atendimento também aos bombeiros militares, uma vez que o referido documento menciona militares estaduais e, como militar estadual se caracteriza tanto o policial militar quanto o bombeiro militar.

Na segunda parte, no tocante à clientela, consta no documento que o Centro biopsicossocial objetiva atingir “os militares estaduais da ativa e inativa e seus dependentes, priorizando as subunidades/unidades com maior índice de policiais militares e familiares com diagnóstico clínico elevado e biopsicossocial abaixo do padrão, bem como os de **LTS**”⁷. (Grifo nosso). (p. 09).

O grifo acima tem como finalidade mostrar que os policiais em licença para tratamento de saúde recebem assistência do centro biopsicossocial. Entretanto, como não é obrigatório, existe um número bem significativo de policiais militares em licença para

⁷ LTS é a abreviação de Licença para Tratamento de Saúde.

tratamento de saúde que procuram assistência psicossocial fora da Corporação, a exemplo dos CAPS.

Na terceira parte, dos níveis assistenciais, são ressaltados no documento os serviços prestados nas prevenções primária, secundária e terciária, como podemos verificar:

Prevenção primária (propriamente dita), na qual se incluem todas as técnicas que objetivam reduzir a ocorrência de distúrbios psíquicos nas unidades, principalmente, o tratamento das dependências químicas e substâncias psicoativas.

Prevenção secundária (diagnóstico e tratamento precoce), que abrange os processos que visam diminuir a duração dos distúrbios psíquicos comprovados.

Prevenção terciária (reabilitação), que compreende as técnicas que objetivam evitar a invalidação social e recuperar a saúde mental.

Observando as prevenções contidas nas normas gerais de ações do Centro Biopsicossocial da Corporação, percebemos que elas se destinam aos policiais já acometidos por psicopatologias. Assim, não visualizamos testes preventivos que venham diagnosticar um futuro problema psicossocial que possa ser desencadeado pelo policial militar. Esse fato pode ser uma das causas do aumento das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico/psiquiátrico já denunciado em jornal local, como podemos citar:

Saúde Ocupacional - Danos psicológicos na área de segurança. 04/03/08

Estado tem hoje 675 PMs em tratamento psicológico, Fortaleza(CE).

Até o último dia 21 de fevereiro, 675 policiais militares encontravam-se em tratamento psicológico no Estado do Ceará. O número representa 5,5% do efetivo total da PM atualmente, que é de 12. 269.

Porém, o mais grave disto é que, dentre os que se encontram em tratamento, apenas 134 estão licenciados de suas funções para tratamento psicológico/psiquiátrico que vão desde a psicoterapia de grupo, individual e familiar, até a utilização de diferentes medicamentos antidepressivos.

Militares como o sargento PM A. (identidade preservada). Com 40 anos de idade e 21 destes dedicados à Polícia, ele está há 90 dias licenciado. A. afirma que o estresse e a depressão o tiraram das ruas. "Ficava tão nervoso, que tinha medo de ir para a rua e fazer alguma coisa com alguém. Hoje estou em tratamento, mas não sei quando posso voltar", lamenta o policial. [...]

PREOCUPAÇÃO

Para o subtenente e presidente da Associação dos Praças da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar do Ceará (Aspramece), P. Queiroz, esse quadro 'não é novidade'. Ele afirma que há cerca de dois anos vêm alertando para essa situação. Em abril de 2006, a gente já havia denunciado o descaso do Estado para com a saúde dos policiais militares cearenses', afirma.

P. Queiroz elenca uma lista de fatores que contribuem para o desgaste da saúde mental dos militares. "A carga horária desumana, os riscos, os baixos salários e os maus tratos por parte dos superiores em relação aos subordinados podem ser considerados como alguns dos fatores na geração de problemas de saúde para os policiais", explica P. Queiroz. [...]

OPINIÃO DO ESPECIALISTA Debora Tonet, Chefe do Centro Psicossocial (CPS) da Polícia Militar há 11 anos, 'O militar é um refém da criminalidade'.

Os policiais militares vêm apresentando esses problemas, devido, principalmente, a natureza do seu trabalho, entre outras causas.

A vida de um policial militar é quase que selvagem, o mesmo vivencia situações de conflito, arriscando sua vida diariamente, constantemente. Sendo assim, ele é submetido a situações de estresse diárias, constantes.

Como saída para esses problemas existem algumas medidas básicas. O policial tem que ter um equilíbrio emocional, autocontrole no desempenho de suas funções.

Para isso, teria que haver uma melhora em suas condições de trabalho. As escalas teriam que ser reduzidas, mais concursos realizados. Além disso, há uma necessidade de se procurar cuidar de problemas socioculturais também.

A depressão hoje é um doença da modernidade. O militar, atualmente, é um refém da criminalidade, por isso o lado emocional dele tem que estar 100 % bem. Esta é uma profissão que deveria ser melhor valorizada e melhor remunerada, inclusive. Coisas assim mudariam este quadro⁸. (Jornal do Diário do Nordeste – Edição de 04/03/2008).

Os dados constantes na transcrição acima trazem certo exagero na questão das licenças para tratamento de saúde na Polícia Militar do Ceará, em particular, com relação à totalidade de policiais militares em tratamento com problemas psicológicos, 675. Esse quantitativo refere-se ao total de policiais militares com licença para tratamento de saúde por diversos diagnósticos e não somente psicológico e ou psiquiátrico.

Contudo, o problema relacionado a saúde do policial militar cearense é preocupante. Assim, mesmo com a criação do Centro Biopsicossocial da PMCE, percebemos que a problemática continua sem perspectiva de solução a médio ou longo prazo.

Na próxima seção, enfocaremos as patologias psicológicas e psiquiátricas – conceitos e características, como também as psicopatologias mais recorrentes no ambiente de trabalho, além das causas e tratamento.

⁸ Esses dados vinculados no diário do nordeste na data de 04/03/2008 está disponível em: < http://www.viaseg.com.br/noticia/6397-ude_ocupacional_danos_psicologicos_na_area_de_seguranca.html>. Acesso em 25 maio de 2009.

CAPÍTULO II

PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E PSIQUIÁTRICAS – CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS

*Não é a doença, mas o ser humano que precisa de ajuda. Como médico, não estou preocupado com a doença, e sim com o ser humano.
(GEORG GRODDECK)*

No momento atual, mais especificamente na primeira década do século XXI, a globalização econômica e cultural impõe novas exigências concernentes à formação/atuação pessoal e profissional aos cidadãos, apresentando complexos contextos de exclusão/inclusão no mercado de consumo e produção, desequilíbrio na distribuição de renda, o que tende a gerar uma multidão de marginalizados que, indubitavelmente, influenciam no vertiginoso aumento da violência e da criminalidade.

Nesse contexto, o ser humano/trabalhador é tratado como mero objeto descartável, que não agrega sentimento, valores e amor ao seu semelhante. Tratados assim, o ser humano/trabalhador fica impossibilitado de construir uma história de vida que se fundamente na aproximação/união entre as pessoas. Assim, “os indivíduos se vêm esvaziados moral, social, cultural e politicamente. As relações humanas se tornam uma simulação teatral, relações sem poder, sem autoridade”. (SENNETT, 1998, p. 82).

O tratamento voltado ao policial militar cearense não se distancia daquele dispensado ao ser humano/trabalhador descrito nos parágrafos precedentes, uma vez que o policial militar cearense é tratado como uma máquina, sem vínculos familiares, sem amor ao próximo e sem vida social. Estas questões foram percebidas no momento empírico da presente pesquisa, cujos dados serão retratados na próxima seção. Assim, podemos inferir que na Polícia Militar do Ceará não se tem preocupação com o homem/ser humano policial, este é jogado à própria sorte, pois não há trabalho preventivo ou de embate efetivo às patologias que acometem esse profissional responsável pela segurança do cidadão.

A preocupação com o ser humano, como sinalizado na epígrafe desta seção, está a certa distância da realidade atual da Corporação policial militar cearense. Esse fato é preocupante, uma vez que qualquer erro praticado pelo policial nas ruas, vai refletir no seu desempenho futuro e na própria instituição. Lima (2009, p. 35) assevera que os erros cometidos por polícias nas ruas assumem quatro dimensões, como se seguem:

1. Afeta diretamente o cidadão, vítima do despreparo ou erro policial;
2. Afeta a imagem da instituição à qual pertence, maculando sua imagem e a confiabilidade pública;
3. Afeta genericamente a sociedade que deve ser protegida pelo aparelho de segurança;
4. Afeta o próprio policial que tem prejuízos funcionais com o seu desempenho.

Lima (2009) acrescenta que o ser policial difere-se do ser profissional de qualquer outro ofício. Para tanto, defende que os policiais necessitam de instrumento psicológico para atuar em sua profissão, tendo como base os seguintes argumentos:

1. Os policiais são vistos como autoridade e, ao mesmo tempo temido. As pessoas os tratam diferentemente até mesmo quando estão de folga. Quando acontece algum problema, todos olham para o policial e esperam que ele resolva;
2. O policial vive em um mundo à parte, pois o uso de um distintivo ou de um uniforme faz o policial se separar da sociedade ou a sociedade segregá-lo, o que produz muitos efeitos psicológicos negativos, entre os quais a agressividade;
3. Os policiais trabalham em uma instituição estruturada e hierarquizada que requer de seus integrantes o sacrifício do indivíduo para o bem da sociedade. O sujeito não é levado em consideração, pois o objetivo maior é a meta da instituição. Nas organizações policiais militares, os sujeitos que não seguem as normas institucionais deve ser punido. O policial militar sofre pressões internas (institucional) e externas (fazer profissional nas ruas). A dualidade destas pressões leva o policial militar a uma situação de estresse bastante prejudicial à saúde mental;
4. Os horários de trabalho do policial não são normais e regulares, como de outras profissões, pois os policiais, em particular os que trabalham na atividade fim, seguem turnos de trabalho no horário da manhã, tarde, noite, finais de semana e feriados. Essas escalas comprometem a

fisiologia do organismo, pois todo ser humano necessita de horários para refeições, dormir, despertar, fazer exercícios físicos, entre outros afazeres necessários para uma vida saudável.

5. A profissão policial estimula o senso de pertença a um grupo. Grupo este exclusivo e especial. A pertença a um grupo é tão forte que os policiais têm vergonha quando algum membro resolve se corromper ou cometer algum crime, pois acaba envergonhando o grupo. Por outro lado, ocorre uma alta tensão/trauma nos membros do grupo, por ocasião de uma perda de um companheiro em serviço;

6. A tensão policial difere da tensão de outras profissões, isto porque, na maioria das profissões, as tensões seguem um escalonamento. No ofício policial, a tensão pode ser chamada de estouro, ou seja, o policial vai da calma completa à situação de alto risco. Este fato ocorre por conta das ocorrências policiais, na sua grande maioria ocorre de forma repressiva. Daí, uma das tantas necessidades do policial desenvolver seu mister de forma proativa;

7. Os policiais necessitam estar constantemente no controle de suas emoções, pois o seu fazer profissional exige um controle emocional bastante acentuado. Estes profissionais recebem orientações que, quando estiverem extremamente entusiasmados, deverão agir com calma. Ao mesmo tempo em que, quando estiverem nervosos, deverão controlar-se.

Como forma de descrevermos as principais patologias que podem acometer aqueles profissionais que trabalham diretamente com pessoas, em especial, o policial militar, o presente capítulo foi dividido em dois itens, com dois subitens cada, de modo a retratar as patologias mais recorrentes no ambiente de trabalho e, os distúrbios psiquiátricos, causas e tratamentos amparados nas reflexões teóricas dos seguintes autores: (BARLOW/ DURAND, 2008); (LOPES, 2006); (COSTA, 2007); (SILVA; VIEIRA, 2008), entre outros autores.

2.1 As psicopatologias mais recorrentes no ambiente de trabalho.

A análise histórica revela que o homem primitivo trabalhava para a sua sobrevivência de forma livre e natural, embora de maneira rústica e exaustiva, porém, com o transcorrer dos tempos, com a necessidade de organização em sociedade, passou a ser explorado e obrigado a trabalhar para o sustento próprio e de sua família, bem como o sustento do seu senhor (patrão) passando a condicionar a sua liberdade a padrões de conduta

de subordinação, arraigando à sua condição de homem digno pela compreensão do trabalho, uma nova visão de mundo dentro das expectativas na dinâmica dos relacionamentos interpessoais.

Como a sociedade evoluiu, o homem deixou de “trabalhar somente para a sua sobrevivência e perpetuação para trabalhar também em busca de uma satisfação coletiva e, portanto, social” (LOPES, 2006, p. 27). Nessa perspectiva, entendemos a real importância dos diversos tipos de trabalho no mundo moderno, que embora sofram com as influências da tecnologia e do capitalismo, ainda se configuram atividades de desenvolvimento humano individual e social. Não obstante, existe o ônus do desenvolvimento, a geração de conflitos permanentes diante das diferenças, da concorrência, da violência, isto é, situações que causam sensação de desconforto, pressão, tensão e temor denominadas de estresse, e que usualmente são encontradas nos ambientes organizacionais de trabalho, por assim denotar negativamente na vida do trabalhador moderno, que acaba por absorver sem o processo reflexivo. A este respeito Lopes (2006, p. 31) diz que:

A cultura organizacional é um fator estressor se pensarmos que o trabalhador assume uma cultura que não foi constituída pela sua história, uma cultura que pode não concordar, mas que para fazer parte desta, assume essa cultura como se fosse sua, e esconde a sua própria, seus próprios valores e o que acredita ser o melhor, para assim ser aceito pelos outros membros.

Coadunando com a citação acima, percebemos que nas organizações fechadas, como é o caso da Polícia Militar, onde existe uma pirâmide bem definida, a hierarquia e a disciplina são vistas como o binômio que dá sustentação a tal organização. Os integrantes dessa instituição deixam de lado o seu modo de ser, viver, pensar e assumem a cultura da organização. Muitas vezes isso ocorre de forma explícita e, em outras, de forma tácita. Esta forma de absorção cultural é percebida com clareza na Polícia Militar do Ceará.

Como forma de mensurar o nível de saúde mental do trabalhador, Codo (1997, apud, LOPES, 2006, p. 45) clarifica as variáveis mais reconhecidas, como

O controle do trabalhador sobre o trabalho, a importância social do trabalho, a rotina, o sentido do trabalho, o relacionamento estabelecido entre os colegas de trabalho e com os de níveis hierárquicos, a satisfação, o comprometimento, a carga mental do trabalho, o suporte social, o suporte afetivo, o conflito trabalho-família, atitudes frente ao trabalho.

Percebemos que muitos itens destacados pelo autor podem ser apontados como motivadores de transtornos mentais e comportamentais no profissional de segurança pública,

no caso os policiais militares. Com ênfase na citação mencionada acima, destacamos três itens conflituosos que culminam por estressar o profissional de segurança do cidadão, e na incidência causam psicopatologias mais graves: o controle do trabalhador sobre o trabalho; a carga mental de trabalho e o conflito trabalho-família.

Verificamos que pela forma hierarquizada de serviço, cadeia de comando, o policial militar não possui autonomia no seu ambiente de trabalho. No seu dia-a-dia, convive com situações imprevisíveis e de alto risco. O que faz com que trabalhe no seu limite, bem como, a frequência das escalas de serviço contribui para a ausência e desarmonia familiar. Muitas vezes o policial militar passa vários dias fora de casa, como é o caso dos destacados no interior do Estado, e os que extraordinariamente saem de Fortaleza para o interior, a fim de cobrir a deficiência de efetivo em eventos de maior porte ou os que passam seis noites (de 22h00 as 06h00) trabalhando por um dia de folga como é o caso da escala do “turno C” do Programa Ronda do Quarteirão. Estudos realizados por Minayo, Assis e Oliveira (2007, p. 08), por ocasião de uma pesquisa realizada na Polícia Militar e Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, corroboram nossa afirmativa, como verificado a seguir:

A relação entre o adoecimento físico, sobrecarga de trabalho e sofrimento psíquico é claramente identificada entre os servidores das duas Corporações. No entanto, observamos maior intensidade de sofrimento psíquico (sintomas psicossomáticos, depressivos e de ansiedade) entre policiais militares (33,6%) em relação aos civis (20,3%) [...]. Elas são também mencionadas pelo comandante geral de saúde quando fala do grande número de licenças concedidas por razões de distúrbios psiquiátricos, embora existam muitas restrições dos Chefes de Unidades para liberar seus subordinados para obterem tratamento por esses motivos. Oficiais comentaram nas entrevistas que as queixas de sofrimento psíquico têm “o intuito de conseguir dispensa do serviço”, por isso, a atenção sobre esses problemas não constitui prioridade da Corporação.

Pelas características da profissão policial militar e o modo operante, Costa (2007, p. 63) ressalta que esta profissão é “uma atividade de alto risco, uma vez que esses profissionais lidam, no seu cotidiano, com a violência, a brutalidade e a morte”. Desta forma, e com base no Código Internacional de Diagnóstico (CID – 10), pressupomos que os Policiais Militares essencialmente na atividade fim (policciamento ostensivo), como também os da atividade meio (administrativa) estão no limiar entre a saúde e o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais nas suas especificações: transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (F10 – F19), transtornos de

humor (afetivos) (F30 - F39), transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes⁹ (F40- F48), dentre outros.

Costa (2007) acrescenta ainda que “pelas características da sua profissão, o policial militar é um forte candidato ao *Burnout*”, tipo de estresse crônico, desenvolvido pelo profissional que trabalha em contacto diretamente com o público, é o caso do policial militar no desempenho do seu mister.

Nos parágrafos procedentes identificamos as principais psicopatologias que podem acometer os profissionais de qualquer área e em especial o policial militar, caracterizadas como: estresse e ansiedade; medo e pânico; karoshi e burnout; e depressão.

Estresse e ansiedade

O estresse é fenômeno que existe desde a pré-história, porém, somente há bem pouco tempo vem sendo estudado de forma científica. Caracteriza-se como uma “resposta biológica do organismo necessária para a adaptação deste a uma nova situação” (LOPES, 2006, p. 45).

Nessa mesma linha, Lipp (2000, apud COSTA, 2007, p. 76) define o estresse como sendo “uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas reações psicofisiológicas que ocorre quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, a amedronte, excite, confunda, ou que a faça feliz”.

Nessa perspectiva, o estresse apresenta-se como “fator positivo ou negativo” de acordo com a percepção e interpretação de cada pessoa. Como reação fisiológica tanto o estresse positivo, “eustresse”, quanto o estresse negativo, “distresse”, causam reações fisiológicas similares, ou seja, mãos e pés tendem a ficar suados e frios, a aceleração cardíaca e pressão arterial tendem a subir, o nível de tensão muscular tende a aumentar, entre outras características (CONDÔLO, et al, 2008, p. 453). O autor acrescenta que em termos emocionais tais reações atuam em níveis diferentes, pois o eustresse é fator motivador que impulsiona positivamente o indivíduo, gerado a partir de sensações reconhecidas como tal,

⁹ A essência desses transtornos é o sintoma físico sem base médica constatável, persistência nas queixas, apesar de repetidos achados negativos e de reassuramentos pelos médicos de que elas não têm fundamento clínico.

enquanto que no distresse, as ligações emocionais reagem diante de uma situação de perigo, conduzindo o indivíduo a um quadro depressivo.

Lima (2002) demonstra que o estresse não é uma patologia, mas uma preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam, isto é, uma resposta a um determinado estímulo, o qual varia de pessoa para pessoa. Assim, constituindo-se em um mecanismo salutar para a sobrevivência humana, normal, necessário e benéfico ao organismo, pois faz com que o ser humano fique mais atento e sensível diante de situações de perigo ou de uma dificuldade. Entretanto, caso o nível de estresse aumente de forma expressiva, o estímulo benéfico é substituído pela fadiga e, com o tempo pode gerar a suscetibilidade a doenças físicas e mentais.

O estresse quando acomete um indivíduo, tende a passar despercebido, pois se apresenta de forma sutil, com isso a pessoa nega sua existência, o que acaba dificultando sua identificação. Geralmente, surgem distúrbios que afetam o sistema nervoso autônomo, como insônia, cansaço, dores de cabeça, hipertensão. Outros problemas relacionados ao estresse são os gastrointestinais, como as úlceras e a anorexia nervosa. Podem ainda ocorrer distúrbios respiratórios, como a asma. (IBIDEM).

A ansiedade é caracterizada como uma sensação de algo que está para acontecer, um sentimento de apreensão, representando um contínuo estado de alerta. Trazendo conseqüências principais, não apenas o esgotamento, mas também a superfície das relações e das obrigações (BENEVIDES, 2002).

Esta patologia segue a mesma linha do estresse mencionado nos parágrafos procedentes, isto é, pode ser sadia ou maléfica. A primeira pode ser caracterizada quando está no limite que ajuda as pessoas a lutar pelas suas necessidades e também quando é centrada em uma situação concreta. Neste caso, podemos citar como exemplo quando uma pessoa tenta se defender diante de um ataque de um cão na rua, ou em outras situações que exija uma reação imediata. A segunda, o lado maléfico, ocorre quando sentimos diversos sintomas que nos levam a concluir que estamos caminhando para a morte, como: “tremores ou sensação de fraqueza; tensão ou dor muscular; inquietação; fadiga; falta de ar ou sensação de fôlego curto; palpitações (taquicardia); sudorese; rubor facial; calafrios; dificuldade de concentração; dificuldade de memorização; insônia; sensação de nó na garganta, vertigens e tonturas; boca seca”. (LOPES, 2006, p. 49).

Tanto o estresse quanto a ansiedade, nos tempos atuais, acometem pessoas de todas as camadas sociais, como também pessoas de todas as idades. Condôlo (2000, p. 464) ressalta que “essas patologias acaba por atingir, de forma indistinta, desde empresários, políticos, policiais, até donas de casa e crianças”.

Coadunando com o autor mencionado, percebemos que o dia-a-dia do fazer profissional do policial militar cearense, que trabalha em turnos de oito horas seguidas, durante seis dias consecutivos, como demonstramos em outra passagem desta pesquisa, deixa realmente esta classe profissional estressada e ansiosa. Esta constatação foi retratada por um dos jornais local com o seguinte chamativo: “segurança pública em risco – carga horária excessiva deixa os policiais militares no limite”. Como verificamos a seguir:

Profissionais no limite, estressados, doentes, em conflito com a família e sem vida social. Este é o atual quadro enfrentado pelos policiais militares cearenses, seja em Fortaleza, na Região Metropolitana ou no interior do Estado. O motivo da grave situação é a pesada carga horária enfrentada pelos PMs. Eles atuam na capital com jornada de mais de 44 horas por semana. Já no interior, são mais de 90 horas. Diante da falta de contingente, são obrigados a cumprir turnos de trabalho muito além do que a lei permite e do que o corpo e mente suportam [...]. (JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE – 22/06/2009).

Esta constatação também foi confirmada em outro momento pelos jornais locais da capital cearense, momento em que um grande número de praças da Corporação, mesmo tolhido do direito de greve de forma constitucional, resolveu enviar e-mail aos deputados estaduais informando-os do problema que estão passando. Muitos destes policiais ameaçaram faltar ao serviço diário como forma de protesto, contudo, respaldando-se com repouso médico oriundos de doação de sangue ou Licença para Tratamento de Saúde. Este episódio merece ser citado como forma de registro, como abaixo se verifica o enunciado de um dos jornais de Fortaleza:

Ontem, o secretário da Segurança disse que está "estudando" medidas para enquadrar PMs que participarem do protesto. 'Não vejo motivo para insatisfação na Polícia Militar. Quem quiser receber o que o pessoal do Ronda recebe, é só trabalhar como eles trabalham'. Com essas palavras o secretário de Segurança Pública, Roberto Monteiro, descreveu a 'solução' para o problema salarial que está motivando a manifestação que deve acontecer hoje, sob o lema 'PMCE no Limite'.

Mesmo com a informação de que mais de 100 PMs já adquiriram a camisa do movimento - uma blusa preta com a inscrição 'PM no Limite' em bordado branco - Monteiro não acredita no avanço da manifestação. 'Acredito piamente que este movimento não seja real. Acreditamos que isso não vá frutificar'. (DIÁRIO DO NORDESTE, 25/08/2009).

A realização da manifestação dos policiais militares do Estado do Ceará se concretizou, mesmo com a ameaça de punição por parte do Secretário de Segurança Pública do Estado do Ceará. Este fato vem fortalecer a insatisfação dos PMs cearenses com a atual política de segurança pública implementada pelo governador do Estado, Cid Ferreira Gomes. Mais especificamente aquela voltada à Polícia Militar, uma vez que os baixos salários e uma escala extremamente estressante deixam os PMs estressados, sem tempo para a família, lazer, entre outros direitos para que o trabalhador tenha uma vida saudável. A citação abaixo retrata com clareza a atual situação dos PMs da corporação policial militar cearense:

Mais de 200 policiais militares estiveram, ontem, no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce) para doar sangue, no ato público denominado "PMCe no Limite", em que os PMs reclamam de baixos salários, carga horária excessiva, péssimas condições de trabalho [...] Não estamos fazendo greve, apenas um protesto simbólico para que o Governo do Estado olhe com bons olhos para as nossas reclamações no que diz respeito aos baixos salários e a escala de serviço exaustiva [...] Entre os policiais que estiveram no Hemoce, muitos estão lotados no Batalhão de Choque. Outros fazem parte da Cavalaria, Pelotão de Motos, 5º Batalhão e do Ronda do Quarteirão. "Essa idéia de que existe uma separação entre os PMs do Ronda e o restante da tropa não é verdade. Nós do Ronda também estamos aqui, no mesmo protesto. A carga horária é a mesma para todos os que ganham a gratificação. E é desumana. Muitos dos PMs que estão no Ronda se submetem a ela pela necessidade financeira. Mas, agora, ninguém está suportando mais. A insatisfação tomou conta de todos nós", disse um soldado que entrou há dois anos na PM e atua no Ronda do Quarteirão. (JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE, 26/08/2009),

Este protesto simboliza um eco da situação atualmente vivenciada pelos policiais militares cearenses, uma vez que estes profissionais não podem dialogar em prol de melhoria na forma de trabalho. Assim, analisamos que a medida de doar sangue adotada pelos policiais militares não foi uma forma de protesto, mas um pedido de socorro.

Medo e pânico

Barlow e Durant (2008, p. 133) sinalizam que tanto o medo quanto o pânico são “caracterizados pela ansiedade excessiva, que toma muitas formas”. O medo é a reação de alarme imediata de perigo, como a ansiedade em doses pequenas pode ser bom para o ser humano, pois nos protege “ativando uma resposta massiva do sistema nervoso central, que juntamente com outros sentidos subjetivos de terror, nos motiva a escapar (fugir) ou, se for preciso atacar (lutar). Essa reação de emergência é chamada de resposta de fuga ou resposta de luta”.

Contudo, estes autores defendem que existem diferenças tanto psicológicas quanto fisiológicas nas reações de medo e de ansiedade. Pois, a ansiedade é um estado de humor orientado para o futuro, caracterizado por apreensão porque não somos capazes de prever ou controlar os eventos que estão por vir, enquanto que o medo é uma reação emocional ao perigo atual, reação esta com tendência escapatória e por um surto na “divisão simpática do sistema nervoso central”. (IBIDEM).

Quando o ser humano é acometido por um medo bastante acentuado, entra em estado de pânico. O ataque de pânico em psicopatologia é “definido como uma experiência abrupta de intenso medo ou desconforto agudo, acompanhada por sintomas físicos que incluem palpitações, dor no peito, respiração curta e tontura”. (BARLOW; DURANT, 2008, p. 133). Estes autores descrevem três tipos básicos de ataque do pânico: o relacionado à situação e o inesperado, predisposto pela situação. Exemplificando, acrescentam que se um sujeito sabe que tem medo de lugares altos ou de dirigir através de longas pontes, poderia ter um ataque de pânico nessas situações, não em outras (ataque de pânico ligado à situação). Uma pessoa pode experimentar um ataque de pânico inesperado se não tiver uma pista de quando e onde o próximo ataque ocorrerá. (ataque de pânico inesperado). O terceiro tipo, o predisposto pela situação, está entre os outros dois. Provável ocorrer um ataque onde já ocorreu um como, por exemplo, em um centro comercial. Caso a pessoa não saiba se ele acontecerá hoje, e ocorre, o ataque é predisposto pela situação.

O ataque do pânico pode ser designado ainda de com ou sem “agorafobia”. As pessoas acometidas pelo transtorno de pânico com agorafobia (TPA) experimentam ataques de pânico graves e inesperados. Eles podem achar que estão morrendo ou perdendo o controle. Em virtude de nunca saberem quando o ataque pode ocorrer, desenvolvem a agorafobia, medo e evitação de situações em que se sentiriam inseguros no caso de um ataque ou de sintomas de pânico. Muitas pessoas com transtorno do pânico desenvolvem agorafobia. O termo *agora - fobia* foi retirado do grego, referindo-se ao medo da praça, do mercado. Este termo é bem apropriado porque a *ágora*, o mercado público grego, era um lugar muito cheio onde havia muito alvoroço. Assim, uma das áreas mais estressantes para os indivíduos com agorafobia hoje são os centros comerciais, as *ágoras* modernas. (IBIDEM).

Depressão

A depressão é apontada pela Organização Mundial de Saúde descrita por Cruz (2002 p.83) como um mal do século XXI, sendo o quinto maior mal de saúde do planeta. Caracteriza-se como um transtorno “episódio recorrente” isto é, que poderá se repetir durante a trajetória de vida do indivíduo, principalmente diante de vivências traumáticas.

O quadro clínico dessa patologia apresenta como principais características o seguinte quadro: “humor deprimido; perda de interesse em atividades habituais; perda ou ganho de peso; insônia ou hipertonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa; capacidade de pensar diminuída; ideação suicida” (LOPES, 2006, p. 52).

Karoshi e Burnout

As pessoas que trabalham mais de cinquenta horas semanais podem ser acometidas pela patologia *Karoshi*, que se caracteriza como um problema orgânico que gera morte súbita por cardiopatias e acidentes cérebros-vasculares. Leon e Iguti (1999, apud LOPES, 2006, p. 48) ressaltam que “entre nós o *Karoshi* não tem sido diagnosticado. Cabe perguntar-se quantas das mortes decorrentes de acidentes vasculares cerebrais e de cardiopatias isquêmicas não poderiam enquadrar-se na definição de *Karoshi*”.

É percebido que o policial militar cearense que desempenha suas funções na atividade fim, como o policiamento denominado Ronda do Quarteirão, bem como todos aqueles que aderirem às escalas de 48 horas semanais de trabalho, estão passivos à patologia citada no parágrafo anterior. Ademais, existem certas Unidades e Subunidades que exigem a presença do policial nos quartéis, fora das oito horas normais de serviço nas ruas. Esta prática ocorre com frequência com os aspirantes à Oficiais da Corporação, pois além de cumprirem turnos de 14h00 as 22h00, por exemplo, certos comandantes ainda exigem a presença desse profissional no expediente matinal. Assim, cumprindo uma jornada de trabalho semanal de mais de cinquenta horas.

Outra síndrome bastante preocupante é o *Burnout*, que pode ser caracteriza como “síndrome de esgotamento emocional, despersonalização e sentimentos de baixa auto-realização no trabalho”. (MASLACH; JACKSON, 1981, apud LOPES, 2006, p. 48). Na mesma linha Costa (2007, p. 69) sinaliza que a síndrome de *Burnout* apresenta “sintomas e

sinais de exaustão física, psíquica e emocional que decorrem de uma má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado e com uma grande carga de tensão”. Esta síndrome se acentua em profissionais de áreas onde o convívio com pessoas é obrigatório, como: policiais, professores, médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Os policiais com Burnout “empregam mais o uso de violência contra civis” (IBIDEM).

A questão da violência policial cearense é tratada no interior da Corporação como cultural e fora dela, sociedade, como despreparo profissional, ou seja, falha na formação inicial da carreira policial. Contudo, não é rotineiro para não dizermos que não existe registro que o caso de violência policial fosse observado pelo ângulo de uma patologia adquirida dentro do ambiente de trabalho. Apesar de sabermos que a profissão policial é por demais estressante, como sinaliza Lima (2009 p 67):

Todas as profissões possuem características específicas em sua atuação que as diferencia das demais atividades. A carreira policial envolve contacto direto com o público, pois, quando se é vítima de um ilícito, quando se avista alguém em atitudes suspeitas, quando se encontra um estranho nas proximidades, quando se sofre um acidente, nessas e semelhantes situações aflitivas, é que o usuário aciona a polícia. [...] Nas ocorrências, o policial reveste-se de múltiplas faces, ora agindo como psicólogo, ora, como enfermeiro, ora, como parteiro, ora, como juiz, ora, usando a força que o Estado lhe dá para vencer resistências e impor o cumprimento da Lei.

Percebemos que o ofício do profissional responsável pela segurança do cidadão é bastante adverso, porém, tem no contato com as pessoas o seu foco. Assim, este profissional merece ser acompanhado durante o seu curso inicial, bem como na sua formação continuada, como forma de prevenção às patologias aqui expostas.

2.1.1 Causas e tratamentos das patologias psicológicas.

As patologias psicológicas estão relacionadas àqueles distúrbios mentais que são estudados com maior destaque pela psicologia e pela psiquiatria, ou como defendem Barlow e Durand (2008, p. 02) “transtorno psicológico é uma disfunção psicológica que ocorre em um indivíduo e está associada com angústia e diminuição da capacidade adaptativa e uma resposta que não é culturalmente esperada”, entretanto, para este item, vamos considerar patologias psicológicas somente os distúrbios relacionados a neuroses. Assim, para início, entendemos a neurose como alterações psíquicas capazes de produzir sofrimento e/ou prejuízo na maneira da pessoa viver. Isto posto, significa dizer que os neuróticos não apresentam nenhuma novidade ou nenhuma característica psíquica que não exista nas pessoas normais em

quantidades mais adequadas. Dentre as patologias psicológicas podemos citar a síndrome do pânico, fobias, transtornos de ansiedade, síndrome de *burnout*, entre outras.

Para entendermos as causas das patologias, necessariamente, devemos analisá-las sob uma ótica biopsicossocial, isto é, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais de cada pessoa acometida pelo distúrbio. Relacionado ao fator biológico está a genética, ou seja, cada indivíduo é portador de genes oriundos de seus genitores. O modo de pensar, sentir e analisar as situações estão vinculados ao fator psicológico. O fator social está intimamente inserido no ambiente em que vive a pessoa. Assim, as primeiras experiências na família pode provocar o início do problema. No fator social também está relacionado o cultural, ou seja, cada “cultura influencia a interpretação da doença e dos sintomas (alucinações, delírios)” (BARLOW; DURAND, 2008, p. 584).

Além dos fatores biopsicossociais, as organizações possuem fatores estressores peculiares em determinadas profissões. No contexto da profissão policial militar, Vieira e Silva (2008, p. 07) sinalizam que:

É preciso considerar tanto os aspectos de organização do trabalho quanto às situações de risco a que esses profissionais estão expostos, principalmente pelo aumento significativo da violência e pela precarização do trabalho. É a sinergia desses componentes que pode ocasionar implicações na saúde mental desses profissionais. É a maneira como essas forças interagem e o embate que é vivido cotidianamente pelo policial em sua atividade-fim, que terminam por gerar o sofrimento psíquico, com possíveis desdobramentos em alcoolismo, depressão e até mesmo em suicídio.

O tratamento das neuroses pode ser através de sessões psicológicas ou por tratamento médico, como ressalta Barlow e Durand (2008, p. 143), “os tratamentos disponíveis, tanto por meio de drogas quanto psicológicos, são razoavelmente eficiente”.

2.2 Distúrbios psiquiátricos

Os distúrbios psiquiátricos estão vinculados às psicoses, esta pode ser caracterizada como alterações qualitativas dos fenômenos psíquicos, capazes de produzir sofrimento e/ou prejuízo na maneira da pessoa existir. Nesse caso, as pessoas normais não costumam apresentar os fenômenos psíquicos dos psicóticos, mesmo em quantidades menores, isto é, nenhuma pessoa considerada normal sente um pouquinho de perseguição, paranóia, catatonia, confusão mental, delírios e alucinações primárias etc.

A psicose também pode ser caracterizada por “uma intensa fuga da realidade. É, como a [filosofia](#) e as artes chamam, a loucura, propriamente dita”. (VIEIRA; SILVA, 2008, p. 07). Esta pode ser classificada de três formas: pelo aspecto neurofisiológico, pela manifestação, e pela intensidade. A primeira divide-se em duas formas: funcional e orgânica. A forma funcional age apenas no funcionamento do aparelho psíquico, em suas ligações. A forma orgânica tem como característica mudanças ocorridas na química do cérebro, ou em mudanças fisiológicas e estruturais.

A manifestação alinha-se a dois tipos: [Esquizofrenia](#) e Perturbação de afecto bipolar. A esquizofrenia tem como aspectos principais a fuga da realidade, as manias de perseguição, as alucinações, entre outros. Têm ainda subdivisões, que são a esquizofrenia paranóide, a esquizofrenia desorganizada(ou hebefrênica), a esquizofrenia simples, a catatonia ou a esquizofrenia indiferenciada. A segunda, a perturbação bipolar, tem por característica picos muito grandes de humor, em pouco espaço de tempo, pro lado da [depressão](#) (ou distímia ou disforia), e pro lado da mania (euforia ou eutímia). Por estes dois aspectos também conhecemos este transtorno como psicose maníaco-depressiva. O doente sofre de mudanças de humor constantes, sendo perigoso, apresentando fases maníacas, retraído, podendo se suicidar no estado depressivo. (VIEIRA; SILVA, 2008).

A intensidade se relaciona à agressividade e impulsividade do doente e se classifica como aguda e crônica. A intensidade aguda também é chamada de fase de surto, isto é, quando o doente se torna violento, impulsivo e fora da realidade. Nessa fase, é necessária observação psiquiátrica constante, pois o doente oferece risco para si, para outros e para o patrimônio. A fase crônica é a fase de relaxamento da pessoa acometida pela doença, onde ele está fora da realidade, mas não põe em risco os outros e sua vida. Este estágio é permanente, e resulta de algum caso onde não há cura. (IBIDEM).

2.2.1 Patologias psiquiátricas – causas e tratamento.

As causas dos distúrbios psiquiátricos estão ligados também ao fator biopsicossocial, como descrevemos anteriormente, no momento da descrição das causas dos distúrbios psicológicos.

O tratamento passa desde a terapia individual, grupal ou familiar, treinamento de aptidões sociais, até a medicação. Para esta última, Barlow e Durand (2008, p. 585) adverte

que “o tratamento medicamentoso precisa ser contínuo para produzir eficácia. Dosagens irregulares podem agravar os sintomas existentes e criar novos sintomas”.

O próximo capítulo retrata a visão dos interlocutores da presente pesquisa (profissionais pesquisados e familiares) em relação às patologias psicológicas e psiquiátricas na Corporação policial militar cearense.

CAPÍTULO III

DESMISTIFICANDO O EMPÍRICO – O QUE DIZEM OS ATORES PESQUISADOS

*Na época atual, todas as instituições - fábrica, escola,
hospital psiquiátrico, hospital, prisão - têm por
finalidade não excluir, mas, ao contrário,
fixar os indivíduos.*

(Michel Foucault)

A epígrafe acima focaliza a necessidade das instituições responsáveis por acolher pessoas que, por algumas circunstâncias, estão fora do convívio social, perceberem que os indivíduos que ali estão carecem de ajuda, para tanto, estas pessoas não podem ser vistas com o olhar excludente, mas como um ser humano.

No rol das instituições sinalizadas na epígrafe, incluímos também a Polícia Militar do Ceará, pois no seu seio se encontram profissionais acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas e que muitas vezes são visualizados de forma excludente.

Assim, o presente capítulo tem como objetivo mostrar o pensamento dos atores pesquisados sobre as licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico, no sentido de compreendermos com mais profundidade a patologia em foco, para que possamos, como enfoca a epígrafe acima, fixar os policiais acometidos por tais patologias de maneira que possam interagir de forma saudável e humanitária com os demais membros da instituição e com a comunidade.

O texto está dividido em duas seções. A primeira apresenta o olhar dos profissionais sobre as licenças para tratamento de saúde na Corporação policial militar cearense. A segunda retrata as patologias de cunho psicológico e/ou psiquiátrico verificados por familiares de policiais militares acometidos por tais problemas. Na tentativa de verificarmos como os interlocutores percebem o aumento das licenças para tratamento de saúde na Polícia Militar do Ceará, tomamos as temáticas relativas ao conhecimento das patologias psicológicas e/ou psiquiátricas na corporação PM e o perfil e prática do PM

acometido por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas como categorias centrais de análise, conforme podemos perceber na leitura das idéias compiladas a seguir.

3.1 A visão dos profissionais sobre as patologias psicológicas e/ou psiquiátricas na Corporação

A maioria dos profissionais formados na área de saúde sinalizou que trabalha há mais de dez anos no mesmo setor, ou seja, no atendimento de policiais militares acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas, entre outras patologias. Esta informação difere do restante dos profissionais pesquisados, uma vez que somente 03 (três) estão de dois a quatro anos na gestão de organização policial militar e 07 (sete) estão com menos de 1(um)ano no comando de OPMs.

O reduzido tempo dos gestores à frente de OPMs é preocupante, uma vez que a maioria é responsável por um efetivo variável entre 150 a 200 PMs e 05 (cinco) comandantes estão à frente de efetivo de 400 a 600 PMs. O grande número de policiais por OPMs dificulta ao gestor conhecer e acompanhar cada policial de perto. Outro fator complicador é que atualmente o serviço nas OPMs está sendo desenvolvido em três turnos de 08 horas (A, B e C), durante 06 dias da semana. Este tipo de escala traz enormes dificuldades de aproximação entre gestor e a tropa como um todo, pois parte do efetivo entra de serviço às 06h00, outra, às 14h00 e outra às 22h00. Deste modo, o gestor não tem como reunir o efetivo como um todo em horário extra serviço, pois o homem policial nessa escala já trabalha 48 horas semanais.

Dentre os comandantes, somente um informou que não existia PM em LTS por problemas psicológicos e/ou psiquiátrico em sua OPM, porém, 07 (sete) comandantes informaram possuir em seu efetivo de 10 a 15 PMs com tais patologias, e 02 (dois) comandantes informaram que, em sua OPM, encontram-se mais de 15 PMs com a problemática em questão.

A maioria dos comandantes informou que as licenças para tratamento de saúde por psicopatologias estão aumentando em sua OPM. Esta afirmativa é confirmada pela maioria dos atores pesquisados, como podemos descrever nos trechos abaixo:

Nos dois últimos anos aumentou sobremaneira [...] o soldado, ele não tem uma formação para suportar uma carga de trabalho, que na verdade com uma escala desumana, ele possa se estruturar com seu lar, com sua família, aí é que vem o problema da síndrome do pânico, da depressão, porque ele não suporta uma escala

que na verdade venha de uma forma geral prejudicar esse policial, então, aconteceram na minha gestão problemas hoje com soldados sem querer mascarar onde ele vai para a fuga da droga, droga pesada [...]. (D1).

É indiscutível que as doenças psiquiátricas que tendo uma importância muito grande no mundo moderno, acredito que elas estejam aumentando, e os policiais militares não haveriam de ser diferente das outras categorias profissionais inclusive com um agravante, a função policial militar é espinhosa, mais árdua o que requer um equilíbrio emocional muito grande que muitas vezes as pessoas não tem, e se desequilibram durante o curso da sua atividade policial militar.[...] Temos também outros fatores agravantes que nós não temos um suporte de saúde adequado para o nosso policial militar, o tratamento e acompanhamento dessas patologias desses profissionais que por ventura venham a adquirir alguma patologia mental no decurso de sua profissão. (P3C).

A afirmativa contida nas transcrições acima vem confirmar as nossas inquietações quanto ao aumento das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico no âmbito da Polícia Militar do Ceará. Coadunamos com o interlocutor (D1) quando enfoca que a carga horária de trabalho do policial militar cearense é desumana, pois este trabalha 48 semanais, caso se some à carga horária, alguns flagrantes delito realizados após horário de serviço, a carga horária do PM da corporação cearense ultrapassa em muito as 48 horas semanais previstas.

Esse excesso de serviço pode comprometer a saúde do policial, que pode adquirir as síndromes denominadas de *karoshi* e *burnout*. A primeira atinge principalmente as pessoas que trabalham mais de cinquenta horas semanais, ocasionando “morte súbita por cardiopatias e acidentes cérebro-vascular”. (LOPES, 2006, 48). A segunda “afeta trabalhadores motivados que respondem ao *stress* trabalhando ainda mais e que acabam entrando em colapso. Surge do trabalho excessivo que provoca um estado de exaustão”. Codo e Vasques-Menezes (1995, apud LOPES, 2006, p. 48). Estes autores acrescentam ainda que a síndrome de *burnout* pode surgir de três formas e que podem aparecer unificados ou independentes: exaustão emocional, onde os indivíduos percebem-se esgotados de energia e recursos emocionais; despersonalização, caracterizando no endurecimento afetivo que ocorre pela substituição de um vínculo afetivo por um racional; falta de envolvimento pessoal, esta pode afetar a habilidade para realização do trabalho e o atendimento direto as pessoas.

Quanto às circunstâncias que concorrem para o aparecimento e a recorrência das patologias mentais dentro da instituição Polícia Militar do Ceará, houve diversas respostas, a falta de compromisso e escala de serviço excessiva se sobressaem nas afirmativas dos comandantes de OPMs, ambas com um número de seis e sete, respectivamente. Entre os

outros atores pesquisados, o excesso de serviço aparece como maior expoente para esta circunstância, como descrito na citação a seguir:

[...] a própria atividade policial militar é uma atividade que envolve muito estresse, o policial desde o horário em que sai de casa até o horário que retorna ele está em constante estresse no dia-a-dia, é dentro de um ônibus que ele pode ter que intervir em um assalto ou durante uma agressão, é do próprio serviço do dia-a-dia, ele já entra com os nervos em prontidão para atuar em qualquer situação e muitas vezes a pessoa não tem o equilíbrio suficiente para se dominar o tempo todo sem falar o nosso cotidiano existe uma carga de trabalho muito grande em cima desses policiais, eles vivem em constante estresse isso atua como um fator agravante para o aparecimento desses problemas de ordem mental na Corporação. (P3C).

Em relação aos tipos de patologias psicológicas e/ou psiquiátricas mais frequentes nas licenças para tratamento de saúde dos PMs cearenses, verificamos entre os comandantes de OPMs que estas não vem escrito na ficha de LTS do PM. A constatação pode está ligada à questão da ética médica em não formalizar a doença na ficha, pois outras pessoas podem ter acesso, uma vez que a ficha de LTS é arquivada junto à ficha individual de cada PM na sua respectiva OPM. Contudo, os atores pesquisados da área da saúde sinalizam que a depressão se destaca nos LTS, como podemos perceber nos trechos abaixo:

As duas de maior incidência é a depressão e a ansiedade, dentre as de ansiedade, a síndrome do pânico, os distúrbios ansiosos, fazem parte das neuroses. As neuroses são mais comuns, porque a neurose é essa dificuldade que a pessoa tem de se adequar ao ambiente, ao estresse, a carga de trabalho. As mais graves são as psicoses, que são mais raras, como a esquizofrenia, o transtorno obsessivo compulsivo, e como são mais raras e mais graves, tem que ter o afastamento total, um tratamento médico especializado. As neuroses são menos graves e mais comuns, são distúrbios ansiosos, o mais comum na sociedade moderna é a ansiedade, é o medo, é o pânico e a depressão, é aquela tristeza, é desmotivação, é a falta de perspectiva, é quando a pessoa perde o gosto pelo que faz, pelo trabalho, pela vida. A depressão pode ter uma causa reativa, exemplo quando ocorre uma perda, a perda de um parente, perder um emprego, a sensação de perda pode levar a depressão. E existe a depressão que surge sem um motivo grave aparente onde a pessoa vai perdendo a auto-estima, perde a vaidade, à vontade de crescer de se desenvolver e entra nesse quadro de tristeza, de melancolia, de desmotivação e isso em termos de comportamentos pois agregado também pode aparecer problemas somáticos, podem aparecer dores no corpo, fraqueza. (P3M).

Sem dúvida os transtornos afetivos, as depressões, elas concorrem em maior número. Sem falar em outras doenças mais raras mas também existentes que são as psicoses, esquizofrenias, mas a depressão concorre com um maior número de licenças dentro da nossa Corporação. (P3C).

Um dos atores pesquisados da área da saúde acrescentou que agregado às patologias psicológicas e/ou psiquiátricas estão as “dependências químicas como álcool, cocaína, crack”. (P2). Esta afirmativa é preocupante, pois mostra que o uso de drogas está chegando ao efetivo da Polícia Militar do Ceará, comprovada por um profissional que trabalha na área da saúde na PMCE há mais de dez anos. Esta observação nos leva a refletir

sobre o número real de usuários de drogas na Corporação, uma vez que muitos que são dependentes químicos não procuram ajuda médica ou psicológica dentro da PMCE, pois se sentem inseguros, envergonhados ou rotulados pela situação. É o que advoga um dos atores da saúde em relação ao atendimento de policial com o problema em questão:

O policial traz aquele aparato que não pode ser frágil, mas realmente demonstra muita fragilidade. É como se ele mantivesse a postura de força, de perfeição, de blindagem, mas aqui ele se mostra muito desabrigado, muito sofrido, mas ainda com medo de se colocar, sem saber se pode confiar ou não. (P1).

A maioria dos comandantes apontou a valorização do PM como forma de reduzir o índice das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na Corporação, como se podem perceber nos trechos subseqüentes: “acompanhamento do PM como amigo não como comandante”. (C21). “acompanhamento psicológico não só do PM, mas familiar também; escala de serviço condizente; melhores salários”. (C20). Contudo, outros comandantes apontam um maior rigor no acompanhamento dos LTS de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na PMCE, pois acreditam que a maioria dos PMs em LTS com essa patologia seja uma forma de burlar o serviço na Corporação. Esta sinalização pode ser percebida nos trechos procedentes: “fazer cortes no salário dos PMs”. (C12). “que houvesse um serviço de inteligência voltado diretamente para acompanhar os dependentes químicos e os que estão em atividades extras (bico)”. (C16).

A metade dos profissionais da área da saúde focaliza o respeito, o resgate da auto estima do PM como forma de reduzir o índice das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na Corporação. Entretanto, estes profissionais apontaram a necessidade de se criar mecanismo para acompanhar de forma sistemática o PM, pois no meio daqueles realmente acometido por estas patologias pode ter policial querendo de alguma forma se beneficiar, como aponta o trecho abaixo:

Eu sugeriria primeiro um serviço de saúde que possa dar todo apoio psicológico e acompanhamento do militar em licença para tratamento de saúde. Um serviço de psicologia para fazer psicoterapia em todos esses pacientes militares que estiverem sendo acompanhados por problema psiquiátrico, problema psicológico e realmente os casos refratários que sejam afastados da Corporação, não há a menor condição de se colocar um policial militar na rua que não tenha o mínimo de equilíbrio emocional, para lhe dá com as situações, então aqueles casos mais sérios que realmente sejam afastados definitivamente da Corporação, não dá para ser policial militar vivendo com depressão, com transtorno de ansiedade, não dá, não dá para admitir que uma pessoa dessa faça parte de nossa Corporação, Militar tem que está bem equilibrado emocionalmente se não ele nunca vai desempenhar uma função corretamente. Teremos que ter tanto o acompanhamento sistemático desses policiais militares com avaliações psiquiátricas, avaliações psicológicas e sobre tudo colar no policial militar, saber o que ele anda fazendo, porque dentro dessas licenças psiquiátricas acredito que

tenham muitos sabidinhos, que se amparam em um doença altamente subjetiva onde não temos meios objetivos de dizer que ele está doente, apenas a conversa que ele tem conosco e alguma percepção do perito, então precisamos acompanhar muito de perto. Estão de licença tudo bem, mas terão que diariamente participem por exemplo de atividades psicoterápicas em um Centro Psicossocial ou coisa parecida. Agora simplesmente deixar a tropa a mercê do SUS, deixar a tropa a mercê da boa vontade do próprio policial militar procurar um psicólogo para fazer uma psicoterapia ou não, infelizmente as licenças serão muitas e não tem como o perito saber quem está enganando ou não se não houver esse acompanhamento muito de perto desse policial militar. (P3C).

O caminho apontado pela maioria dos comandantes nos impressionou, uma vez que demonstraram consciência de que as licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico podem está sendo adquiridas pela falta de política de valorização do PM na Corporação. A falta de um salário justo, carga horária de trabalho digna e programa preventivo de saúde, foram destacados pelos comandantes de OPMS como vilões das licenças para tratamento de saúde por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas na corporação.

A maioria dos comandantes informou que existe um acompanhamento do PM por parte dos gestores de cada OPMs, porém, de forma não sistemática. Conhecemos de perto a problemática, pois nas OPMs este acompanhamento é difícil, uma vez que a rotina diária dos gestores, bem como dos demais oficiais que compõem a respectiva OPMs é bastante complexa, não dispondo de tempo disponível para esse fim, pois o serviço operacional, as seções de expedientes¹⁰ e os procedimentos administrativos (feituas de Inquérito Policial Militar, Sindicância, Processos Regulares, entre outros) elevam a carga horária de trabalho do oficial PM.

Os comandantes, em sua maioria, sinalizaram que o índice de PMs acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas é mais acentuado nos PMs até dez anos de serviço. Esta constatação caminha em linha contrária aos atores pesquisados na área da saúde, pois estes, em sua maioria, enfocaram que as patologias em questão podem acometer policiais com início de carreira e aqueles com mais tempo de serviço, como pode se observar nos trechos abaixo:

Não há diferença no tempo de serviço do policial, o que há são diferenças no sintoma, ou seja, a própria imagem que um PM mais antigo tinha da PM era outra, diferente daquele que está entrando agora. O PM mais antigo apresenta sintomas diferentes, pois a natureza dos sintomas são diferentes. (P1).

¹⁰ As seções de expedientes das organizações policiais militares são denominadas de P1, P2, P3, P4, P5 e P6. Cada seção esta é responsável por uma função para o funcionamento da OPM. Cabe aos oficiais a gestão de cada seção.

Tem vários tipos, não existe um padrão, tanto tem policiais novos na carreira como antigos também, existe tanto policiais novos como antigos que apresentam problemas de depressão, e ansiedade, e angústia, então não existe um perfil não, mas que eu posso dizer normalmente apresentam problemas após um estresse. (P3M).

Quase a totalidade dos comandantes sinalizou não acreditar que os policiais militares que se encontram em licença para tratamento de saúde por patologia psicológica e/ou psiquiátrica esteja realmente acometido por tal patologia. Esta afirmativa também foi mencionada pela maioria dos profissionais pesquisados da área de saúde. Esta constatação pode ser verificada no trecho que se segue:

Eu acredito que boa parte sim, mas existem os espertalhões eu na tenho a menor dúvida disso. Todos são espertalhões seria uma inverdade. Mas infelizmente, para a Junta, não dá para saber quem está enganando ou não, uma vez, como eu falei anteriormente, o exame psiquiátrico é de uma subjetividade muito grande, e esses pacientes quando vem à Perícia Médica vem acompanhado de um atestado médico pelo especialista dizendo que ele é portador da doença tal e que toma esse ou aquele remédio, assim fica difícil, e que existem esses espertalhões existem e como acabar com esses espertalhões? E um acompanhamento rigoroso da Corporação em cima desses policiais que estão de licença. (P3C).

Contudo, discordando das afirmativas aqui registradas, uma profissional da área da saúde enfoca que uma pessoa, ao simular uma doença, já se encontra realmente doente, porém, ela também não descarta a possibilidade de policiais se encontrar em LTS por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas como forma de burlar algo, como descreve (P1): “Quando um policial inventa uma doença tentando burlar alguma coisa, então ele já está doente. Aqui a gente trata bem, mas tenta resolver os problemas de forma clara e transparente . Mas acredito que a grande maioria esteja realmente doente”.

A maioria dos comandantes informou que já detectou algum PM em LTS por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas que estivesse se utilizando de subterfúgio para se eximir das escalas de serviço ou procedimentos de ordem administrativa ou penal. Esta afirmativa também é maioria nos profissionais da área de saúde, como podemos perceber na fala abaixo:

Já, a gente já viu vários casos de PMS que foram flagrados por exemplo em situações incompatíveis com as licenças, flagrados cantando em banda de músicas, foram presos cometendo assaltos na qual estavam de licença. Agora a licença é dada de boa fé para o PM se tratar, se ele não vai se tratar e ao invés vai é beber e fazer outras coisas isso não é culpa nossa, agora a Corporação cabe ao comandante dele quando a perícia concede uma licença não quer dizer que ele vai ficar abandonado não, quando é concedido por exemplo uma licença para o militar ir a São Paulo fazer um exame constatar realmente se ele foi mesmo, pois já vimos o caso de um paciente que foi a São Paulo fazer uns exames no Hospital das Clínicas

de lá e lá ele se envolveu em um duplo homicídio, ele tinha uma rixa com um vizinho, então a licença não foi concedida com esse objetivo, ela foi dada para que ele se trate e volte a trabalhar, se foi utilizada para outro tipo de coisa não foi de má fé por parte da perícia, a perícia não tem nenhuma vantagem ou interesse em prejudicar, a gente procura ser justo tanto com a Corporação quanto ao servidor que está precisando daquela licença. (P3M).

Todos os atores da área de saúde apontaram um caso emblemático no atendimento aos policiais militares acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas que se caracterizasse como um fato grave e outro fato que deixou dúvida sobre a patologia apresentada pelo PM. Como forma de sintetizar os trechos, recorreremos à fala do (P3M) a seguir:

As duas situações sempre ocorrem, tem situação que o militar chega lá e a gente percebe que ele está ansioso, desequilibrado, que ele não tem condição de exercer sua função, a gente percebe pelo discurso, pela maneira de se portar, a gente sabe que aquela pessoa não está com a saúde mental dela. E tem a situação que deixa dúvida em que a pessoa chega na perícia pilotando moto, chega bem vestido com uma conversa bastante orientada dizendo que está deprimido, ouvindo vozes que está tomando medicação isso põe em dúvida a gente. [...] Voltando à pergunta, vou citar o caso de um militar que estava se utilizando a licença de forma fraudulenta, vai num CAPS desses, que é o Centro de Apoio Psicossocial e conta uma história, a doença psiquiátrica é passível de simulação porque não existe sintomas presentes nos achados é mais ou menos baseado na conversa mesmo que você chega ao diagnóstico. Então o militar vai ao CAPS conta uma história, diz que quer se matar ou já tentou o suicídio e uma série de coisa pois problemas do cotidiano todo mundo tem e consegue essa licença de 30 dias e nesses 30 dias desaparece, some, se envolve com problema, com droga, se envolve com assalto, se envolve num contexto totalmente fora de um tratamento já se utilizando da licença para cometer ilícitos, então para que consiga pegar, tem que haver informação da Companhia, de testemunhas tudo de forma oficiosa, então para cancelar a licença dele deve haver testemunho através de termo de declarações de que viu o PM tirando serviço de segurança particular com exemplo e acontece muito. Agora, existe também, vou citar um caso de um PM do interior, que em uma *blitz*, de forma equivocada, atirou em dois indivíduos em uma moto com uma espingarda de ar comprimido, tendo em vista a informação do CIOPS de dois indivíduos que haviam praticado um assalto e empreenderam fuga numa moto, sendo que os que foram alvejados tentaram furar a barreira policial por estarem irregular quanto a documentação da moto, então à noite, diante dos fatos, chegaram a ser alvejados vindo um dos ocupantes a falecer e depois constatado que não se tratavam dos referidos assaltantes. Nessa situação, por ter matado um inocente, o PM ficou totalmente desequilibrado emocionalmente, estressado, teve um abalo muito grande, até porque a família dele ficou ameaçada ele teve que sair da cidade e vir para Fortaleza.

Percebemos a fala dos atores investigados da área da saúde, que existe dificuldade de diagnosticar a veracidade de um problema psicológico e/ou psiquiátrico. Esta fragilidade faz com que certos policiais se aproveitem da situação e passem meses e meses sob licença para tratamento de saúde, utilizando-se dessas patologias.

Sobre a questão, (P1) sinaliza que “é preciso detectar o problema que está gerando estes conflitos, para depois trabalharmos com o todo preventivamente”. Outro ponto que

merece ser trabalhado com o policial e que é apontado na fala do trecho acima, que é a questão da experiência traumática, que, para Lima (2009), começa quando uma situação põe em perigo a vida de um policial ou de outra pessoa, e ele toma a decisão de usar a força da arma, em particular arma letal. Assim, após atingir outro ser humano, o policial poderá passar por algumas fases como: “fase da negação; fase da erupção do choque; fase da depressão; fase do impacto; fase da adaptação; fase da aceitação”. (p. 97).

Diante das fases apontadas, o policial deverá ser encaminhado a um serviço biopsicossocial para ser acompanhado na tentativa de evitar sequelas e retorne ao serviço que lhe é confiado constitucionalmente: servir, proteger guardar e defender a comunidade.

3.2 O retrato sintomático das patologias psicológicas e psiquiátricas na visão da família dos policiais acometidos por estes distúrbios.

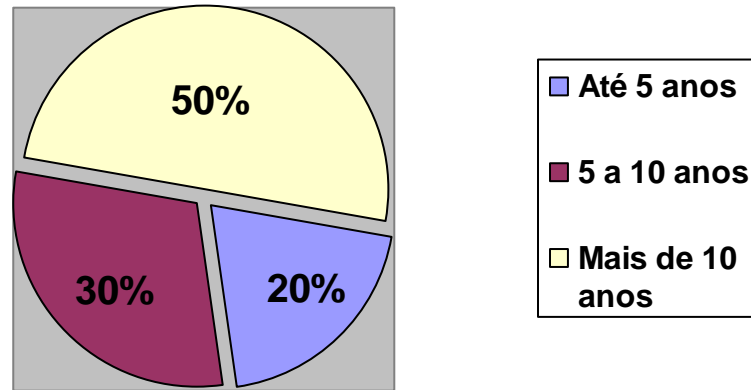
Os familiares interlocutores¹¹ desta pesquisa todos são esposas de policiais que acompanhavam seus cônjuges no momento em que procuravam o serviço biopsicossocial da Corporação policial militar. Elas não hesitaram em responder ao questionário que lhes foram entregues, após discussão da finalidade da presente pesquisa.

A patologia psiquiátrica se sobressai entre os PMs em licença para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na fala de suas esposas. Três das pesquisadas não souberam informar a natureza da patologia, entretanto, outras ressaltaram que se tratava de esquizofrenia, dependência química, síndrome do pânico e transtorno de humor.

Na pergunta em relação ao tempo de serviço na Corporação, as respostas caminham na mesma linha dos outros atores pesquisados, ou seja, a problemática acomete policial com pouco tempo na profissão, bem como aqueles com mais tempo. Todavia, com prevalência naqueles com mais tempo de serviço. É o que mostra o gráfico abaixo:

¹¹ Para caracterizar os familiares interlocutores, utilizamos de cognomes utilizando a primeira letra de cada nome, acrescento a numeração de 1 a 10.

Gráfico I
Tempo de serviço



Somente duas pesquisadas informaram que seus cônjuges possuem 04 (quatro) filhos. As outras, afirmaram que os PMs são genitores apenas de dois. A metade das pesquisadas relatou que seus cônjuges adquiriram a patologia há mais de dois anos.

Quanto aos sintomas apresentados pelo PM em sua residência, a maioria indicou que estes sofrem muito, é o que descreve o familiar (F6) e (F9), respectivamente: “apresentam sudorese, insônia grave, fobia social, ansiedade, apatia, humor deprimido”; “agressividade, fobia, síndrome do pânico, chorava, escutava vozes”. Em relação ao comportamento do PM na rua, as companheiras dos PMs foram enfáticas em afirmar sintomas parecido com o descrito em relação do convívio na residência, como podemos verificar nas falas que se seguem: “síndrome do pânico”. (F5); “passa mais tempo trancado, tem vergonha das pessoas”. (F7).

A maioria das pesquisadas informou que seus cônjuges são acompanhados por psicólogos e psiquiátricas. Acrescentam por unanimidade que os PMs nunca passaram por diagnósticos psicológico e/ou psiquiátrico, além daquele exigido no ingresso na Corporação.

Três participantes da presente pesquisa informaram que seus cônjuges atribuem o problema que ora está vivenciando à perseguição no trabalho e à carga horária abusiva. A metade não sabe informar e duas ressaltam o uso de droga, por parte de seus cônjuges, após entrarem na PMCE. Todas as interlocutoras sinalizaram que não existem visitas sistemáticas pelos comandantes ou oficiais da OPMs a que pertencem seus cônjuges, como forma de acompanhar o problema em questão.

Em linhas gerais, foram estes os achados desta pesquisa, que teve como recorte específico elucidar as causas do crescente número de licenças para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico na PMCE e as circunstâncias que concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na Instituição Policial Militar do Ceará.

A próxima seção trata das considerações finais da presente investigação, momento em que apontamos sugestões para minimizar a problemática das licenças para tratamento de saúde na Corporação policial militar cearense.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tomou corpo pela inquietação em compreender de forma mais sólida o aumento das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na Polícia Militar do Ceará, como também elucidar as circunstâncias que concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na instituição policial militar cearense.

Assim, elegeu-se o estudo de caso como tipo metodológico de pesquisa por permitir elaborar “uma visão profunda, ao mesmo tempo, ampla e integrada de uma unidade social complexa, composta de múltiplas variáveis” (ANDRÉ, 2005, p. 33), como também por conceder uma visão interpretativa e crítica dos fenômenos simbólicos e culturais (SARMENTO, 2005).

O caminho trilhado possibilitou a clarificação de vários achados. Outros ainda permanecem obscuros. Assim, como forma de delineá-los retomamos as questões que nortearam a realização da presente pesquisa.

Primeira questão norteadora

Quais as causas do aumento do número de licenças para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico na PMCE?

A maioria dos entrevistados percebeu um aumento no número de licenças para tratamento de saúde psicológico e/ou psiquiátrico na Corporação. Os comandantes de OPMs destacaram duas motivações para esse aumento acentuado: sobrecarga de serviço atribuído ao PM, bem como a falta de compromisso com o ofício de servir, proteger, guardar e defender a comunidade. Os restantes dos entrevistados caracterizam o excesso de serviço, como fator de maior expoente para o aumento das patologias em questão.

Segunda questão norteadora

Quais os tipos de patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas e, dentre estas, quais são as mais frequentes nas licenças para tratamento de saúde dos PMS?

Pelas características da profissão policial militar e o modo como se opera o exercício desse ofício, Costa (2007) ressalta que esta profissão é uma atividade de alto risco,

uma vez que esses profissionais lidam, no seu cotidiano, com a violência, a brutalidade e a morte. Assim, estão no linear entre a saúde e o acometimento de patologias mentais e comportamentais como: transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas; transtornos de humor, transtornos neuróticos relacionados ao estresse dentre outros.

Lopes (2006) identifica os principais tipos de transtornos psicológicos e psiquiátricos na atualidade como: estresse e ansiedade; medo e pânico; *karoshi* e *burnout*; depressão.

Os atores pesquisados da área da saúde apontaram a ansiedade e a depressão como as mais recorrentes nas LTS, destacando a última como a mais acentuada. Outro interlocutor da área da saúde acrescentou que agregado às patologias psicológicas e/ou psiquiátricas estão as dependências químicas como álcool, cocaína, *crack*.

Terceira questão norteadora

Por que as patologias apresentadas no diagnóstico das licenças psicológicas e/ou psiquiátricas dos policiais militares não são detectadas por ocasião do seu ingresso na Corporação?

Os interlocutores da área da saúde em sua maioria apontaram que é difícil diagnosticar os sintomas das patologias psicológicas e/ou psiquiátricas em uma só tentativa. Por esta razão, os testes para o ingresso na Corporação não detectam determinada patologia como sinaliza (P3M):

As doenças psicológicas ou psiquiátricas são muito difíceis de serem diagnosticadas pois requer um tempo grande de observação, não dá para se estabelecer um diagnóstico de uma patologia psicológica ou psiquiátrica você vendo a pessoa em meia hora ou uma hora, pois você pode pegar a pessoa num momento em que está alegre, empolgado e demonstrar que está feliz, mas ao longo do tempo você começa a observar outros fatos, pode notar que aquela pessoa não tem equilíbrio psicológico, mas requer um tempo de observação muito grande e é muito difícil num concurso , num exame conseguir fazer isso.

Quarta questão norteadora

Qual o perfil do policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ou psiquiátricos?

Foi constatado que o policial que apresenta sintomas de tais patologias apresentam-se bastante sofridos e carentes de ajuda. Ficou patente que não existe um perfil em relação a tempo de serviço, uma vez que essas patologias podem acometer PMs com pouco tempo na Corporação, quanto aqueles com muitos anos na labuta da preservação da ordem pública.

Foi verificado também que os policiais que se encontram na atividade fim da Corporação estão mais propícios a tal patologia, como ressalta (P3C):

Os policiais militares que trabalham diretamente na rua tem uma tendência maior, mesmo porque quando começam a apresentar esse problemas nós afastamos logo e colocamos em funções administrativas, uma vez que se esse paciente tem licença prolongada por problema psíquico não há como voltar a rua, ou ele é reformado ou ele entra para um serviço que não exija tanto, que não tenha tantas situações de estresse, de tomada de decisões rápida, tanta angustia.

Quinta questão norteadora

Que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na instituição Polícia Militar do Ceará?

As circunstâncias que concorrem para o aparecimento e a recorrência das patologias mentais dentro da instituição Polícia Militar do Ceará, houve diversas respostas, a falta de compromisso e escala de serviço excessiva se sobressaem nas afirmativas dos comandantes de OPMs, ambas com um número de seis e sete, respectivamente. Entre os outros atores pesquisados o excesso de serviço aparece como maior expoente para esta circunstância.

Sexta questão norteadora

O que dizem os profissionais especializados, psicóloga e psiquiatra, os comandantes e familiares dos PMs sobre essa problemática?

A maioria dos comandantes apontou a valorização do PM como forma de reduzir o índice das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na

Corporação. Contudo, outros comandantes percebem a falta de maior rigor no acompanhamento dos LTS de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na PMCE, pois acreditam que a maioria dos PMs em LTS com essa patologia seja uma forma de burlar o serviço na instituição policial militar.

A metade dos profissionais da área da saúde focalizou o respeito, o resgate da auto estima do PM como forma de reduzir o índice das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na Corporação. Entretanto, estes profissionais apontaram a necessidade de se criar mecanismo para acompanhar de forma sistemática o PM, pois no meio daqueles realmente acometido por estas patologias pode ter policial querendo de alguma forma se beneficiar.

Os familiares, em sua maioria, informaram que seus cônjuges são acompanhados por psicólogos e psiquiátricas. Acrescentam, por unanimidade, que os PMs nunca passaram por diagnósticos psicológico ou psiquiátrico, além daquele exigido no ingresso na Corporação. Três das participantes da presente pesquisa informaram que seus cônjuges atribuem o problema que ora está vivenciando a perseguição no trabalho e carga horária abusiva.

Finalizando, reconhecemos que foram muitos os achados durante a realização deste trabalho monográfico e que somente uma pequena parte encontra-se aqui registrada, pois as dificuldades e entraves se dão no ato de colocarmos os apanhados vividos e observados no transcorrer do trabalho, porém, procuramos com muito esforço, dar conta dos objetivos propostos por ocasião do projeto inicial desta pesquisa.

Não obstante, verificamos que os atores pesquisados apontaram caminhos para minimizar a problemática das licenças para tratamento de saúde na corporação. Deste modo, pedimos licença ao leitor para descrever alguns pontos como forma de contribuição para a redução do índice de licença para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico na Polícia Militar do Ceará.

- **Política pública para implantação de serviço de saúde de qualidade** que possa dar todo apoio psicológico e acompanhamento do policial militar em tratamento de saúde.
- **Acompanhamento sistemático dos policiais com avaliações psicológicas e/ou psiquiátricas por parte de profissionais designados exclusivamente para tal fim,**

como forma de mensurar a veracidade das licenças, ou seja, verificar se realmente os policiais militares em LTS estão acometidos pela patologia ou se estão se esquivando da atividade policial militar.

- **Resgatar a auto-estima do policial com palestras motivacionais**, estimulando-o a ter vontade de vestir o uniforme e sentir-se bem dentro da Corporação.
- **Uma melhor avaliação no ingresso de novos PMs e um acompanhamento especial (psicológico e/ou psiquiátrico) para os PMs que se envolvem em ocorrências graves**, no sentido de evitar que os PMs se sintam desprotegidos e abandonados.
- **Redução da carga horária do serviço** desempenhado pelo PM.
- **Salário justo** como forma de valorização e satisfação na profissão.

As recomendações apresentadas constituem desafios. Contudo, acreditamos na sua possibilidade. Mais ainda, percebemos que é uma construção que todos pertencentes à Polícia Militar do Ceará são convidados a se integrarem para a minimização da problemática aqui apontada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AREIAS, M. E. Q. **Saúde mental, stress e trabalho dos servidores de uma universidade.** Tese e Doutorado. UEC, Capinas, 244p. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Ciências Médicas. UEC, 1999.
- ANDRÉ, Marly Eliza D. A. de. **Etnografia da Prática escolar.** Campinas: Papirus, 2005.
- BARROS, Aidil de Jesus Paes de Barros; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa:** propostas metodológicas. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.
- BOGDAN, Roberto C.; BIKLEN Sari Knopp. **Investigação Qualitativa em Educação.** Introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora - LDA, 1994.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 2004.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Bases Curriculares Nacionais para a Formação dos Profissionais da área de Segurança do Cidadão.** Brasília: Ministério da Justiça, 2000.
- _____. **Matriz Curricular Nacional.** Brasília: Ministério da Justiça, 2003.
- _____. **Plano Nacional de Segurança Pública:** o Brasil diz não a violência. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.
- _____. **Curso Nacional de polícia comunitária.** Brasília, 2007.
- BENEVIDES, A. M. T.P. **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002
- BARLOW, David H.; DURANTE, V. Mark. **Psicopatologia** – uma abordagem integrada. Tradução de Roberto Galman. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- CRUZ, R. M. Et al. **Estresse:** conceitos, métodos, medidas e possibilidade de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- CIAMPA, Antônio da Costa. **A história do Severino e a história da Severina:** um ensaio da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1996.
- CODO, W; IN LANE, S. T. M. **Psicologia Social:** o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- _____; JAQUES, M. G. (Orgs). **Saúde Mental e Trabalho:** Leitura. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- CRUZ, R. M; Et al. **Estresse:** conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- COSTA, Marcos Aurélio de Albuquerque. **Stress:** um diagnóstico dos policiais militares da cidade de natal – Brasil. Tese de Doutorado. UFRN, RN, 203p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, UFRN, 2007.

CONDÔLO, M. L. Et al. Administração e Previdência. In: **Gestão de Políticas Públicas no Paraná**: coletânea de estudos. Curitiba: Editora Progressiva, 2008.

CEARÁ. [Lei nº 14.082](#), de 16 de janeiro de 2008. Unifica as perícias médicas do Estado do Ceará, civil e militar.

_____. **Lei nº 10.145**, de 29 de novembro de 1977. Trata da Organização Básica da Polícia Militar do Ceará.

_____. **Lei nº 13.729**, de 11 de janeiro de 2006. Estatuto dos militares estaduais do Estado do Ceará.

_____. **Lei nº 11.035**, de 23 de maio de 1985. Trata da criação da Diretoria de Saúde da PMCE.

_____. **Normas gerais de ações**. Centro biopsicossocial da PMCE, 2008.

HOLANDA, João Xavier de. **Polícia Militar do Ceará - origem, memória e projeção**. Fortaleza: RBS, 1995.

LOPES, Andréia Araripe; Padula, R. **Síndrome de Burnout no Grupo de Resposta Tática do 8 batalhão da Polícia Militar de Joinville**. In: II Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho, 2006, Brasília.

LIMA, João Cavalim de. **Atividade policial e o confronto armado**. Curitiba: Juruá, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____; ASSIS, Simone Gonçalves de; OLIVEIRA, Raquel Vasconcellos de. **Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos Policiais Civis e Militares do Rio de Janeiro**. Petrólis: Vozes, 2008.

MOTA BRASIL, Maria Glaucéria. **A Segurança Pública no 'Governo das Mudanças': moralização, modernização e participação**. Tese de Doutorado. PUC, São Paulo, 325p. Tese (Doutorado em Serviço social). Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

MAGALHÃES, S. H. T; LOUREIRO, S. R. **Transtorno do Pânico**: nível de stress e locus de controle. Capinas: Estud Psicol, 2005.

NÓVOA, António (Org.). **Vidas de professores**. Porto: Porto Ed, 1992.

ROMANO, A. S. P. F. **Stress na Polícia Militar**: proposta de um curso de controle de stress. In: LIPP, M. E. N. (org). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde ocupacional e grupo de risco. São Paulo: Papyrus, 1996.

SILVA, Francisco de Assis. **História do Brasil**. São Paulo: Moderna, 1998.

SARMENTO, Manuel Jacinto. O estudo de caso etnográfico em educação. In: ZAGO, Nadir; CARVALHO, Marília Pinto de; VILELA, Rita Amélia Teixeira (Orgs.). **Itinerários de pesquisa**: perspectivas qualitativas em sociologia da educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SILVA, Maurivan Batista da; VIEIRA, Sarita Brazão. **O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental**. São Paulo: Saúde Sociedade, vol. 17, nº 4, 2008.

VERAS, João Batista Rosendo. **Docência na Polícia Militar do Ceará**: Curso de Formação de Soldado de Fileiras (turma 2007). Fortaleza, UECE, 2008. 197p. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Estadual do Ceará, 2008.

_____. **A formação do Policial Militar no Ceará – evolução e dilemas**. In: O ensino Policial – Trajetórias e Perspectivas. Fortaleza, UECE, 2006.

VICENTINO, Cláudio; DORIGO Gianpaolo. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A: roteiro de entrevista 01 (psicóloga)

APÊNDICE B: roteiro de entrevista 02 (psiquiatra)

APÊNDICE C: roteiro de entrevista 03 (médico perito – 01)

APÊNDICE D: roteiro de entrevista 04 (médico perito – 02)

APÊNDICE E: roteiro de entrevista 05 (Diretor da DSAS)

APÊNDICE F: questionário aplicado aos comandantes de OPMs.

APÊNDICE G: questionário aplicado aos familiares dos PMs.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA 01

(psicóloga)

O presente roteiro tem como objetivo a entrevista com a psicóloga que trabalha no atendimento aos policiais militares que apresentam patologias psicológicas e/ou psiquiátricas.

Data: ____/____/2009

01 IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome?
- 1.2 Profissão?
- 1.3 Maior titulação?
- 1.4 Tempo e local de trabalho?
- 1.5 Funcionária efetiva da PMCE?
- 1.6 Função desempenhada no setor?

02 CONHECIMENTO DAS PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS NA CORPORÇÃO PM

- 2.1 Qual sua percepção sobre as licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos anos?
- 2.2 Para a Sr^a. que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na Instituição Policial Militar do Ceará?
- 2.3 Quais os tipos de patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas e, dentre estas, quais são as mais frequentes nas licenças para tratamento de saúde dos PMS?
- 2.4 Por que as patologias apresentadas no diagnóstico das LTS dos policiais militares não são detectadas por ocasião do seu ingresso na Corporação?

2.5 A sr^a. poderia apontar caminhos para reduzir o índice das LTS de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos na Corporação?

3. PERFIL E PRÁTICA DO PM ACOMETIDO POR PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS

3.1 Como se apresenta o policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (Modo de ser/profissional)

3.2 Qual o perfil do policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (Quem é esse profissional idade/tempo de serviço).

3.3 A sr^a. acredita que todos os policiais em licença de saúde por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas estão realmente acometidos por problemas?

3.4 A sr^a. já detectou algum policial militar em licença para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico que estivesse utilizando-se de subterfúgio para se eximir das escalas de serviço ou de procedimentos administrativos ou penais?

3.5 A sr^a. poderia apontar um caso emblemático no atendimento aos policiais militares acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas que se caracterizasse como um fato grave e outro fato que deixou você em dúvida sobre a patologia apresentada pelo PM?

Obrigada

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA 02

(psiquiátrico)

O presente roteiro tem como objetivo entrevistar o médico psiquiátrico que trabalha no atendimento aos policiais que apresentam patologias psicológicas e/ou psiquiátricas.

Data: ____/____/2009

01 IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome?
- 1.2 Profissão?
- 1.3 Maior titulação?
- 1.4 Tempo e local de trabalho?
- 1.5 Funcionário efetivo da PMCE?
- 1.6 Função desempenhada no setor?

02 CONHECIMENTO DAS PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS NA CORPORÇÃO PM

- 2.1 Qual sua percepção sobre as licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos anos?
- 2.2 Para o Sr. que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na Instituição Policial Militar do Ceará?
- 2.3 Quais os tipos de patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas e, dentre estas, quais são as mais freqüentes nas LTS dos PMS?
- 2.4 Por que as patologias apresentadas no diagnóstico das LTS psicológicas e/ou psiquiátricas dos policiais militares não são detectadas por ocasião do seu ingresso na Corporação?
- 2.5 O Sr. poderia apontar caminhos para reduzir o índice das licenças de saúde de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos na Corporação?

03 PERFIL E PRÁTICA DO PM ACOMETIDO POR PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS

3.1 Como se apresenta o policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (Modo de ser/profissional)

3.2 Qual o perfil do policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (quem é esse profissional idade/tempo de serviço)

3.3 O Sr. acredita que todos os policiais em LTS por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas estão realmente acometidos por problemas?

3.4 O Sr. já detectou algum policial militar em licença para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico que estivesse utilizando-se de subterfúgio para se eximir das escalas de serviço ou de procedimentos administrativos ou penais?

3.5 O Sr. poderia apontar um caso emblemático no atendimento aos policiais militares acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas que se caracterizasse como um fato grave e outro fato que deixou você em dúvida sobre a patologia apresentada pelo PM?

Obrigada

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA 03

(Médico perito - 01)

O presente roteiro tem como objetivo entrevistar com o médico perito que trabalha na prescrição das licenças de saúde de cunho psicológicas e/ou psiquiátricas.

Data: ____/____/2009

1. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome?
- 1.2 Profissão?
- 1.3 Maior titulação?
- 1.4 Tempo e local de trabalho?
- 1.5 Funcionário efetivo da PMCE?
- 1.6 Função desempenhada no setor?

2. CONHECIMENTO DAS PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS NA CORPORÇÃO PM

- 2.1 Qual sua percepção sobre as licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos anos?
- 2.2 Para o Sr. que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na Instituição Policial Militar do Ceará?
- 2.3 Quais os tipos de patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas e, dentre estas, quais são as mais freqüentes nas LTS dos PMS?
- 2.4 Por que as patologias apresentadas no diagnóstico das LTS dos policiais militares não são detectadas por ocasião do seu ingresso na Corporação?

2.5 O Sr. poderia apontar caminhos para reduzir o índice das LTS de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos na Corporação?

03 PERFIL E PRÁTICA DO PM ACOMETIDO POR PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS

3.1 Como se apresenta o policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (Modo de ser/profissional)

3.2 Qual o perfil do policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (quem é esse profissional idade/tempo de serviço)

3.3 O Sr. acredita que todos os policiais em LTS por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas estão realmente acometidos por problemas?

3.4 O Sr. já detectou algum policial militar em licença para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico que estivesse utilizando-se de subterfúgio para se eximir das escalas de serviço ou de procedimentos administrativos ou penais?

3.5 O Sr. poderia apontar um caso emblemático no atendimento aos policiais militares acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas que se caracterizasse como um fato grave e outro fato que deixou você em dúvida sobre a patologia apresentada pelo PM?

Obrigada

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA 04

(Médico perito - 02)

O presente roteiro tem como objetivo entrevistar com o médico perito que trabalha na prescrição das licenças de saúde de cunho psicológicas e/ou psiquiátricas.

Data: ____/____/2009

1. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome?
- 1.2 Profissão?
- 1.3 Maior titulação?
- 1.4 Tempo e local de trabalho?
- 1.5 Funcionário efetivo da PMCE?
- 1.6 Função desempenhada no setor?

2. CONHECIMENTO DAS PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS NA CORPORÇÃO PM

- 2.1 Qual sua percepção sobre as licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos anos?
- 2.2 Para o Sr. que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na Instituição Policial Militar do Ceará?
- 2.3 Quais os tipos de patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas e, dentre estas, quais são as mais freqüentes nas LTS dos PMS?
- 2.4 Por que as patologias apresentadas no diagnóstico das LTS dos policiais militares não são detectadas por ocasião do seu ingresso na Corporação?
- 2.5 O Sr. poderia apontar caminhos para reduzir o índice das LTS de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos na Corporação?

03 PERFIL E PRÁTICA DO PM ACOMETIDO POR PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS

3.1 Como se apresenta o policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (Modo de ser/profissional)

3.2 Qual o perfil do policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (quem é esse profissional idade/tempo de serviço)

3.3 O Sr. acredita que todos os policiais em LTS por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas estão realmente acometidos por problemas?

3.4 O Sr. já detectou algum policial militar em licença para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico que estivesse utilizando-se de subterfúgio para se eximir das escalas de serviço ou de procedimentos administrativos ou penais?

3.5 O Sr. poderia apontar um caso emblemático no atendimento aos policiais militares acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas que se caracterizasse como um fato grave e outro fato que deixou você em dúvida sobre a patologia apresentada pelo PM?

Obrigada

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA 05

(Diretor de Saúde da PMCE)

O presente roteiro tem como objetivo entrevistar o diretor de saúde da Polícia Militar do Ceará no que concerne o acompanhamento das LTS de cunho psicológicas e/ou psiquiátricas.

Data: ____/____/2009

01 IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome?
- 1.2 Profissão?
- 1.3 Maior titulação?
- 1.4 Tempo e local de trabalho?
- 1.5 Funcionário efetivo da PMCE?
- 1.6 Função desempenhada no setor?

02 CONHECIMENTO DAS PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS NA CORPORÇÃO PM

- 2.1 Qual sua percepção sobre as licenças de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos anos?
- 2.2 Para o Sr. que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na Instituição Policial Militar do Ceará?
- 2.3 Quais os tipos de patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas e, dentre estas, quais são as mais freqüentes nas licenças de saúde dos PMS?
- 2.4 Por que as patologias apresentadas no diagnóstico das LTS psicológicas e/ou psiquiátricas dos policiais militares não são detectadas por ocasião do seu ingresso na Corporação?

2.5 O Sr. poderia apontar caminhos para reduzir o índice das licenças de saúde de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos na Corporação?

03 PERFIL E PRÁTICA DO PM ACOMETIDO POR PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS

3.1 Como se apresenta o policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (Modo de ser/profissional)

3.2 Qual o perfil do policial militar acometido por patologias de cunho psicológicos e/ ou psiquiátricos? (quem é esse profissional idade/tempo de serviço)

3.3 O Sr. acredita que todos os policiais em licença de saúde por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas estão realmente acometidos por problemas?

3.4 O Sr. já detectou algum policial militar em licença para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico que estivesse utilizando-se de subterfúgio para se eximir das escalas de serviço ou de procedimentos administrativos ou penais?

3.5 O Sr. poderia apontar um caso emblemático no atendimento aos policiais militares acometidos por patologias psicológicas e/ou psiquiátricas que se caracterizasse como um fato grave e outro fato que deixou você em dúvida sobre a patologia apresentada pelo PM?

Obrigada

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO

(Comandantes de OPMs em Fortaleza - CE)

O presente questionário tem como objetivo identificar os problemas vivenciados pelos Comandantes de OPMs na capital cearense quanto às licenças para tratamento de saúde (LTS) por patologia(s) de cunho psicológico e/ou psiquiátrico dos PMs sob seu comando.

Data: ____/____/2009

01 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome?

1.2 Posto atual?

1.3 OPM a qual comanda?

1.4 Quanto tempo à frente do comando desta OPM?

1.5 Endereço da OPM?

02 CONHECIMENTO DAS PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS DO EFETIVO DA OPM

2.1 Qual o efetivo existente na OPM?

() Até 200 PMs () Até 300 PMs () Até 400 PMs () Mais de 400 PMs

2.2 Quantos PMS encontram-se em LTS de cunho psicológico e/ou psiquiátrico sob seu comando?

Até 5 PMs Até 10 PMs Até 15 PMs Mais de 15 PMs

2.3 Qual a percepção de V. S^a sobre as licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ou psiquiátrico durante o tempo de comando nessa OPM?

Está aumentando Está reduzindo Encontra-se estável

2.4 Para o Senhor que circunstâncias concorrem para o aparecimento e a recorrência deste fenômeno na Instituição Policial Militar do Ceará?

2.5 Quais os tipos de patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas mais frequentes nas licenças para tratamento de saúde dos PMS ao comando de V. S^a?

2.6 O Sr. poderia apontar caminhos para reduzir o índice das licenças para tratamento de saúde de cunho psicológico e/ ou psiquiátrico na Corporação?

03 PRÁTICA DO PM ACOMETIDO POR PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS

3.1 Existe o acompanhamento sistemático por parte do comando dessa OPM aos policiais em licença para tratamento de saúde (LTS) por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas?

Sim Não Existe, porém não sistemático

3.2 O senhor acredita que todos os policiais em licença para tratamento de saúde (LTS) por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas estão realmente acometidos por problemas?

Sim Não Não sei informar

3.3 O senhor já detectou algum policial militar em licença para tratamento de saúde (LTS) de cunho psicológico e/ou psiquiátrico que estivesse utilizando-se de subterfúgio para se eximir das escalas de serviço ou de procedimentos administrativos ou penais?

Sim Não

Caso a resposta seja sim, o senhor poderia fundamentar sua resposta? Não é necessário declinar o nome do PM .

3.4 O senhor poderia apontar caminhos para reduzir o índice de LTS por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas na Corporação?

3.5 Qual o perfil (tempo de serviço) dos policiais militares em LTS por patologias psicológicas e/ ou psiquiátricas na Corporação?

() Até 5 anos () Até 10 anos () Até 15 anos () Mais de 15 anos

Obrigada pela contribuição.

APÊNDICE G

QUESTIONÁRIO

(Familiares do PM acometido por patologia de cunho psicológicos e/ou psiquiátricos)

O presente questionário tem como objetivo identificar os problemas vivenciados pelo policial militar que se encontra em LTS por patologia de cunho psicológicas e/ou psiquiátricas.

Data: ____/____/2009

01 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome?

1.2 Profissão?

1.3 Parentesco com o PM?

1.4 Nome do PM?

1.5 Endereço residencial?

02 CONHECIMENTO DAS PATOLOGIAS PSICOLÓGICAS E/OU PSIQUIÁTRICAS

2.1 A patologia acometida pelo PM é de natureza:

() psicológica () psiquiátrica () psicológica/psiquiátrica

2.2 Qual a denominação da patologia?

2.3 Quantos anos o PM possui de serviço?

2.4 O PM pertence a qual OPM?

2.5 Qual o serviço desempenhado pelo PM antes de ser acometido pela patologia?

2.6 O PM é casado?

sim não

2.7 O PM possui quantos filhos:

até 02 filhos três filhos quatro ou mais filhos

2.8 Quando teve início o problema psicológico e/ou psiquiátrico:

Menos de 01 ano Menos de 02 anos mais de 02 anos

2.9 Quais os sintomas apresentados pelo PM em casa?

2.10 Quais os sintomas apresentados pelo PM nas ruas?

2.11 O PM está sendo acompanhado por psicólogo ou psiquiátrico:

psicólogo psiquiátrico psicólogo e psiquiátrico

2.12 O PM já passou por diagnósticos psicológicos na Corporação, além do teste psicológico para o ingresso na PMCE:

sim não

2.13 O PM já foi acometido por outras patologias que não seja psicológicas e/ou psiquiátricas:

sim não

Quais:

03 DETECÇÃO DO PROBLEMA

3.1 O PM atribui o problema que ora está vivenciando, a qual ou quais fatores?

3.2 Qual o tratamento dos superiores hierárquicos dispensados ao PM?

ruim bom ótimo excelente

3.3 Os oficiais ou praças da OPM que o PM trabalha já o visitaram;

sim não

3.3 Existe uma visita sistemática por parte dos oficiais ou praças da OPM que o PM trabalha:

sim não

Obrigada