



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MARIZANGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DE FADIGA POR COMPAIXÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM
A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À VIOLÊNCIA E O RISCO DE
ADOCIMENTO PSÍQUICO ENTRE POLICIAIS DA PERÍCIA FORENSE DO
CEARÁ**

FORTALEZA

2026

MARIZANGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA

PREVALÊNCIA DE FADIGA POR COMPAIXÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM A
EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À VIOLÊNCIA E O RISCO DE ADOECIMENTO
PSÍQUICO ENTRE POLICIAIS DA PERÍCIA FORENSE DO CEARÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de doutor em saúde pública. Área de Concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena.
Coorientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Salani Mota.

FORTALEZA

2026

MARIZANGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DE FADIGA POR COMPAIXÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM
A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À VIOLÊNCIA E O RISCO DE
ADOECIMENTO PSÍQUICO ENTRE POLICIAIS DA PERÍCIA FORENSE DO
CEARÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de doutor em saúde pública. Área de Concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena.

Coorientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Salani Mota.

Aprovada em: 17/04/2026

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena

Orientadora

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Renato Evando Moreira Filho

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Rosa Maria Salani Mota

Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

A meus pais, Marcondes e Lúcia.

A meus filhos, Gustavo e Gabriela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me proporcionar todas as condições para conseguir entrar e cursar este doutorado.

A meus pais, Marcondes e Lucia, que me deram a vida e sempre me apoiaram em todos os meus projetos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Linda Macena, que não somente me conduziu durante todo esse percurso acadêmico, mas também foi uma orientadora de vida.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Rosa Salani, pelo valioso trabalho estatístico realizado para esta pesquisa.

Aos meus filhos, Gustavo e Gabriela, pela paciência e compreensão que tiveram diante de tantos momentos de ausência ou de presença cansada.

Às minhas irmãs, Márcia e Mônica, por estarem sempre torcendo por mim.

À Jocilene, pelos cuidados com meus filhos nos momentos em que eu estava ausente.

À Dona Rosa e Iraci, pelas estadias em Russas nos dias em que eu voltava das aulas tarde da noite.

À Letícia Oliveira, por ter me acompanhado em todas as viagens de campo para coleta de dados no período em que foi bolsista.

À Associação das Praças Militares do Estado do Ceará (ASPRA-CE), em nome do Diretor de Saúde segundo sargento Thiago Sena, pela disponibilização de hospedagem nos municípios de Juazeiro do Norte e Sobral durante minha coleta de dados.

Ao professor Dr. Denilson Cerdeira, pela parceria no grupo de pesquisa, em publicações, pelas considerações concedidas e revisão da minha tese.

Ao Urânio Nogueira, Secretário de Saúde de Quixeré durante os três primeiros anos de curso, que autorizou, prontamente, minhas ausências no trabalho para participar das aulas e demais atividades acadêmicas.

À gestão da Perícia Forense do Ceará, em nome do Dr Júlio Torres (Perito-Geral), Átila Einstein (Perito-Geral Adjunto) e Manuela Cândido (Diretora de Planejamento e Gestão Interna), bem como aos coordenadores dos Núcleos da PEFOCE no interior, pelo apoio logístico.

Agradecimento especial a todos os peritos e auxiliares de perícia da PEFOCE participantes da pesquisa, pela valiosa colaboração.

Aos membros das Bancas de Qualificação e de Defesa, pela disponibilidade e considerações relevantes que contribuíram para aprimorar esta Tese - Prof Dr Shamyry Sulyvan de Castro, prof Dr Ricardo Hugo Gonzalez, prof Dr Marcelo Borges Cavalcante, prof Dr Carlos Henrique Morais de Alencar e, de modo especial, prof Dr Renato Evando Moreira Filho, que também intermediou nosso acesso à gestão da PEFOCE.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, pela eficiência e prestimosidade no exercício de suas atividades.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro concedido por meio do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) para realização da minha pesquisa de campo e para participação em congressos.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Violência, Promoção da Saúde e Populações Vulneráveis, pelo aprendizado construído durante os encontros e pela parceria nas publicações.

Aos colegas da turma de doutorado, pela parceria na caminhada.

RESUMO

A exposição ocupacional à violência representa um fator de risco para o adoecimento psíquico de profissionais da segurança pública, especialmente no contexto da perícia forense. A atuação contínua com vítimas de trauma pode provocar transtornos mentais, destacando-se a fadiga por compaixão (FC), fenômeno composto por Burnout (BO) e Estresse Traumático Secundário (ETS). Esse quadro pode ser mitigado pela Satisfação por Compaixão (SC), que surge quando o profissional se sente realizado por ajudar o outro, estando associada à autocompaixão e à regulação emocional. O estudo analisou a prevalência de FC e sua associação com a exposição à violência e o risco de adoecimento psíquico entre policiais da Perícia Forense do Ceará (PEFOCE). Trata de estudo seccional, analítico, recorte do projeto de pesquisa “Violência vivida, condições de saúde e adoecimento entre policiais civis e militares do estado do Ceará”, realizado com policiais da PEFOCE. Foi utilizado questionário estruturado *on line* contemplando a FC (desfecho) e variáveis sociodemográficas, características do trabalho, hábitos de vida, exposição à violência, transtornos mentais comuns (TMC), ideação suicida e transtorno por uso de substâncias (TUS), sendo obtidas as frequências absoluta e relativa; cálculo da razão de prevalência (RP) para análise da associação entre as exposições e o desfecho; análise multivariada dos fatores associados à FC; e teste de correlação de *Spearman* entre as escalas de BO, ETS e SC. A análise foi realizada levando em conta o delineamento amostral, por meio do software SPSS 21.0, considerando intervalo de confiança de 95%. Os resultados indicaram predomínio de homens (67,1%), pessoas pretas/pardas (56,0%), idade média de 39,4 anos, crença religiosa (84,1%) e pós-graduação (66,8%). A maioria atuava em Fortaleza (53,5%), em regime de plantão (88,1%), com mais de seis anos de serviço (55,3%). Quase metade tinha outra atividade laboral e intenção de rotatividade (45,3%). Apesar de estilo de vida relativamente saudável (consumo de frutas: 82%; atividade física: 79,5%), 39,8% faziam uso excessivo de telas no tempo livre. O contexto laboral foi marcado por alta exposição à violência (93,1%), principalmente no atendimento a vítimas e familiares (75,3%). A prevalência de FC foi de 58,9%, influenciada predominantemente pelo BO (nível moderado em 55,2%). A SC mostrou-se favorável (apenas 3% com nível baixo), atuando como fator moderador. Houve correlação negativa moderada entre BO e SC (-0,38), positiva moderada entre BO e ETS (0,36). Na análise bivariada, fatores como morar com até duas pessoas e ausência de dependência química foram protetores; já saúde financeira ruim, intenção de rotatividade, uso nocivo de telas, ausência de atividades para saúde mental, vitimização policial, risco de lesão/óbito, atendimento a vítimas, sofrimento mental e risco de suicídio foram fatores de risco. Na análise multivariada, os fatores de risco para FC foram: atendimento a vítimas de violência (RP=1,407), uso nocivo de telas (RP=1,326), atividades de altas demandas cognitivas e psicossociais (RP=1,504), sofrimento mental (RP=1,672) e intenção de rotatividade (RP=1,280). Conclui-se que a fadiga por compaixão é um importante problema de saúde entre os peritos forenses, associando-se diretamente à exposição ocupacional à violência e ao risco de outros transtornos mentais. Os achados reforçam a necessidade urgente de implementação de estratégias institucionais voltadas à prevenção, monitoramento e cuidado em saúde mental para essa população vulnerável.

Palavras-chave: Fadiga de compaixão; Ciências forenses; Violência ocupacional; Epidemiologia; Sofrimento Emocional.

ABSTRACT

Occupational exposure to violence represents a risk factor for mental illness among public safety professionals, especially in the context of forensic science. Continuous work with trauma victims can cause mental disorders, notably compassion fatigue (CF), a phenomenon composed of Burnout (BO) and Secondary Traumatic Stress (STS). This condition can be mitigated by Compassion Satisfaction (CS), which arises when the professional feels fulfilled by helping others, and is associated with self-compassion and emotional regulation. This study analyzed the prevalence of CF and its association with exposure to violence and the risk of mental illness among police officers of the Forensic Science Department of Ceará (PEFOCE). This is a cross-sectional, analytical study, a subset of the research project "Experienced Violence, Health Conditions and Illness among Civil and Military Police Officers in the State of Ceará," conducted with police officers from PEFOCE. A structured online questionnaire was used, encompassing the FC (outcome) and sociodemographic variables, work characteristics, lifestyle habits, exposure to violence, common mental disorders (CMD), suicidal ideation, and substance use disorder (SUD). Absolute and relative frequencies were obtained; the prevalence ratio (PR) was calculated to analyze the association between exposures and the outcome; multivariate analysis of factors associated with FC was performed; and Spearman's correlation test was used between the BO, ETS, and SC scales. The analysis was performed taking into account the sampling design, using SPSS 21.0 software, considering a 95% confidence interval. The results indicated a predominance of men (67.1%), Black/mixed-race individuals (56.0%), an average age of 39.4 years, religious beliefs (84.1%), and postgraduate education (66.8%). The majority worked in Fortaleza (53.5%), on shift work (88.1%), with more than six years of service (55.3%). Almost half had another job and intended to change jobs (45.3%). Despite a relatively healthy lifestyle (fruit consumption: 82%; physical activity: 79.5%), 39.8% engaged in excessive screen time during their free time. The work environment was marked by high exposure to violence (93.1%), mainly in assisting victims and their families (75.3%). The prevalence of chronic violence was 58.9%, predominantly influenced by police reports (moderate level in 55.2%). Social security showed a favorable profile (only 3% with a low level), acting as a moderating factor. There was a moderate negative correlation between BO and SC (-0.38), and a moderate positive correlation between BO and ETS (0.36). In the bivariate analysis, factors such as living with up to two people and the absence of chemical dependency were protective; while poor financial health, intention to rotate jobs, harmful use of screens, lack of mental health activities, police victimization, risk of injury/death, victim care, mental distress, and suicide risk were risk factors. In the multivariate analysis, the risk factors for CF were: attending to victims of violence (PR=1.407), harmful use of screens (PR=1.326), activities with high cognitive and psychosocial demands (PR=1.504), mental distress (PR=1.672), and intention to rotate jobs (PR=1.280). It is concluded that compassion fatigue is an important health problem among forensic experts, directly associated with occupational exposure to violence and the risk of other mental disorders. The findings reinforce the urgent need to implement institutional strategies focused on prevention, monitoring, and mental health care for this vulnerable population.

Key-words: Compassion fatigue; Forensic sciences; Workplace violence; Epidemiology; Psychological distress.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social do adoecimento psicoemocional decorrente da exposição à violência em profissionais de perícia forense.	49
Figura 2 - Modelo teórico da sobrecarga emocional no trabalho forense decorrente da exposição à violência.....	50
Figura 3 - Mapa das Unidades da Perícia Forense do Estado do Ceará, 2022.	61
Figura 4 – Relação entre transtornos mentais comuns e fadiga por compaixão.....	154
Figura 5- Modelo teórico explicativo da fadiga por compaixão em policiais da Perícia Forense do Ceará, Ceará, 2023.....	158

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Quadro de pessoal da Perícia Forense do Estado do Ceará distribuído segundo categoria profissional, Ceará, 2023.	65
Tabela 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo localização geográfica, função e coordenadoria.....	66
Tabela 3 – Prevalência de fadiga por compaixão e risco de burnout, estresse traumático secundário e satisfação por compaixão em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	86
Tabela 4 – Nível de satisfação por compaixão em função de burnout e estresse traumático secundário em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.	87
Tabela 5 – Correlação entre as escalas de satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.	87
Tabela 6 - Características sociodemográficas dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	88
Tabela 7 - Características relativas à remuneração dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	90
Tabela 8 – Características do trabalho dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	91
Tabela 9 – Lotação dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.	93
Tabela 10 – Padrão de alimentação e atividade física entre policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	94
Tabela 11 – Uso de telas e atividades de lazer entre policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	95
Tabela 12 – Exposição de policiais Perícia Forense do Estado do Ceará à violência na execução do seu trabalho, Ceará, 2023.....	97
Tabela 13 – Prevalência de sofrimento mental, transtorno por uso de substâncias e ideação suicida em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.	98
Tabela 14 – Prevalência da fadiga por compaixão, associação e razão de prevalência em função das características sociodemográficas dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	101
Tabela 15 – Prevalência da fadiga por compaixão, associação e razão de prevalência em função das características do trabalho dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará,	

Ceará, 2023.....	104
Tabela 16 – Prevalência da Fadiga por Compaixão, associação, razão de prevalência em função dos hábitos de vida dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	106
Tabela 17 – Prevalência da fadiga por compaixão, associação e razão de prevalência em função da exposição à violência dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	108
Tabela 18 – Prevalência da Fadiga por Compaixão, associação, razão de prevalência em função de outros adoecimentos psíquicos dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	110
Tabela 19 – Razão de prevalência da Fadiga por Compaixão em função dos fatores relacionados ao estilo de vida e hábitos comportamentais dos policiais da PEFOCE, Ceará, 2023.....	116
Tabela 20 – Razão de prevalência da Fadiga por Compaixão em função dos fatores relacionados à rede de apoio dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	117
Tabela 21 – Razão de prevalência da fadiga por compaixão em função dos fatores relacionados às condições de trabalho e renda dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	118
Tabela 22 – Razão de prevalência da fadiga por compaixão em função de todos os fatores intermediários dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	120
Tabela 23 – Razão de prevalência da fadiga por compaixão em função da exposição à violência e outros adoecimentos psíquicos (fatores distais) dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	121
Tabela 24 – Razão de prevalência da Fadiga por Compaixão e fatores associados em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.....	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição em níveis dos determinantes sociais da saúde para análise multivariada dos fatores relacionados à Fadiga por Compaixão em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.	113
Quadro 2 – Resumo dos principais achados do estudo na análise univariada.....	125
Quadro 3 - Resumo dos principais resultados da análise bivariada.	126
Quadro 4 – Análise multivariada dos fatores associados à fadiga por compaixão - modelo hierárquico final.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESP-CE	Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará
AF	Atividade física
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
BO	<i>Burnout</i>
CBMCE	Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará
DSM V	<i>Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders V</i>
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EMTAS	Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio
ETS	Estresse Traumático Secundário
FC	Fadiga por Compaixão
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LNUD	Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira
PCCE	Polícia Civil do Ceará
PEFOCE	Perícia Forense do Estado do Ceará
PMCE	Polícia Militar do Ceará
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
ProQOL	<i>Professional Quality of Life Scale</i>
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SC	Satisfação por Compaixão
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire-20</i>
SSPDS-CE	Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Ceará
SUPESP-CE	Superintendência de Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública do Estado do Ceará
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TETS	Transtorno do Estresse Traumático Secundário
TFC	Terapia Focada na Compaixão

TMC	Transtornos Mentais Comuns
TUS	Transtorno por Uso de Substâncias
UFs	Unidades Federativas
UFC	Universidade Federal do Ceará
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca Registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	A PERÍCIA FORENSE NO SISTEMA DE SEGURANÇA PÚBLICA	24
	2.1 O trabalho da Perícia Forense.....	26
3	INTERFACE ENTRE VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL	30
	3.1 Efeitos da violência na saúde mental	30
	3.1.1 Transtornos mentais comuns	30
	3.1.2 Síndrome de Burnout	32
	3.1.3 Estresse traumático primário e secundário	34
	3.1.3.1 TEPT e TETS.....	35
	3.1.4 Fadiga por compaixão (FC).....	37
	3.1.4.1 Empatia e compaixão.....	37
	3.1.4.2 Satisfação por compaixão e fadiga por compaixão	38
	3.1.4.3 Fadiga por compaixão no atendimento a vítimas de violência.....	41
	3.1.5 Transtorno por uso de substâncias (TUS)	44
	3.1.6 Ideação suicida	46
4	MODELO TEÓRICO DA SOBRECARGA EMOCIONAL E DA FADIGA POR COMPAIXÃO NO TRABALHO FORENSE.....	48
	4.1 Fatores de riscos de sobrecarga emocional	51
	4.1.1 Exame cadavérico: a rotina de trabalho com os mortos	51
	4.1.2 Exame de corpo de delito: lidando com o sofrimento das vítimas de violência e de seus familiares	53
	4.1.3 Local de crime ou acidente: o cenário trágico e dinâmico permeado de emoções	55
	4.1.4 Exposição a material audiovisual traumático na investigação de crime de abuso infantil	56
	4.1.5 A responsabilidade pela construção do laudo pericial	57
5	OBJETIVOS	59
	5.1 Objetivo geral.....	59
	5.2 Objetivos específicos.....	59
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	60
	6.1 Tipo de estudo	60
	6.2 Cenário do estudo	60
	6.3 População de estudo	65
	6.4 Coleta de dados	66
	6.5 Instrumentos utilizados.....	68
	6.5.1 Questionário sociodemográfico	68

	16
6.5.2 <i>Questionário hábitos de vida</i>	68
6.5.3 <i>Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)</i>	68
6.5.4 <i>Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS)</i>	69
6.5.5 <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)</i>	70
6.5.6 <i>Professional Quality of Life Scale (ProQOL)</i>	71
6.5.7 <i>Questionário sobre características do trabalho e exposição à violência</i>	74
6.6 Variáveis	74
6.6.1 <i>Variável desfecho: fadiga por compaixão</i>	75
6.6.2 <i>Variável transtornos mentais</i>	75
6.6.2.1 <i>Variável TMC</i>	75
6.6.2.2 <i>Variável ideação suicida</i>	76
6.6.2.3 <i>Variável transtorno por uso de substâncias (lícitas e ilícitas)</i>	77
6.6.2.4 <i>Adoecimento psíquico</i>	78
6.6.3 <i>Variáveis sociodemográficas</i>	78
6.6.4 <i>Variável características do trabalho</i>	78
6.6.5 <i>Variável hábitos de vida</i>	79
6.6.6 <i>Variável exposição à violência</i>	81
6.7 Análise dos dados	81
6.8 Aspectos éticos	84
7 RESULTADOS	85
7.1 Análise univariada: caracterização da amostra	85
7.1.1 <i>Fadiga por compaixão</i>	85
7.1.2 <i>Características sociodemográficas</i>	88
7.1.3 <i>Características do trabalho</i>	90
7.1.4 <i>Hábitos de vida</i>	94
7.1.5 <i>Exposição à violência</i>	95
7.1.6 <i>Adoecimento psíquico</i>	97
7.2 Análise bivariada: fatores associados à fadiga por compaixão	100
7.2.1 <i>Características sociodemográficas</i>	100
7.2.2 <i>Características do trabalho</i>	103
7.2.3 <i>Hábitos de vida</i>	104
7.2.4 <i>Exposição à violência</i>	107
7.2.5 <i>Risco para outros adoecimentos psíquicos</i>	109
7.3 Análise multivariada dos fatores associados à fadiga por compaixão	112
7.3.1 <i>Modelo hierárquico com os fatores intermediários</i>	115
7.3.1.1 <i>Modelo hierárquico de primeiro nível: Estilo de vida e hábitos comportamentais</i>	115

	17
7.3.1.2 Modelo hierárquico de primeiro nível: Redes de apoio	117
7.3.1.3 Modelo hierárquico de primeiro nível: Condições de trabalho e renda	117
7.3.1.4 Modelo hierárquico de segundo nível com todos os fatores intermediários	118
7.3.2 Modelo com os fatores distais	120
7.3.3 Modelo hierárquico final	121
8 DISCUSSÃO	124
8.1 Análise descritiva	127
8.1.2 Fadiga por compaixão em policiais da Perícia Forense do Ceará	128
8.1.3 Caracterização dos policiais da Perícia Forense do Ceará	132
8.1.4 Caracterização do trabalho dos policiais da Perícia Forense do Ceará ...	134
8.1.5 Hábitos de vida dos policiais da Perícia Forense do Ceará	138
8.1.6 Exposição à violência entre os policiais da Perícia Forense do Ceará	139
8.1.7 Adoecimento psíquico de policiais da Perícia Forense do Ceará	141
8.2 Fatores associados à fadiga por compaixão	145
8.2.1 Relação com características sociodemográficas	145
8.2.2 Relação com características do trabalho	147
8.2.3 Relação com hábitos de vida	149
8.2.4 Relação com exposição à violência	150
8.2.5 Relação com outros adoecimentos psíquicos	152
8.3 Análise multivariada dos fatores associados à fadiga por compaixão	155
9 CONCLUSÃO	161
10 RECOMENDAÇÕES	163
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICES	192
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	193
APÊNDICE B – PERGUNTAS RELATIVAS AO INSTRUMENTO PROQOL IV	207
APÊNDICE C – PERGUNTAS RELATIVAS AO INSTRUMENTO SRQ-20.....	208
APÊNDICE D – PERGUNTAS RELATIVAS AO INSTRUMENTO EMTAS	209
APÊNDICE E – PERGUNTAS RELATIVAS AO INSTRUMENTO ASSIST.....	210
APÊNDICE F – PERGUNTAS RELATIVAS ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	211
APÊNDICE G – PERGUNTAS RELATIVAS ÀS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	212
APÊNDICE H – PERGUNTAS RELATIVAS AOS HÁBITOS DE VIDA	213
APÊNDICE I – PERGUNTAS RELATIVAS À EXPOSIÇÃO DIRETA À VIOLÊNCIA	214

APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	215
ANEXOS	216
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	217
ANEXO B – ANUÊNCIA DA PEFOCE	221

1 INTRODUÇÃO

A violência se apresenta como uma questão de saúde pública dada a elevada demanda por esforços do sistema de saúde para atender os seus efeitos (físicos e emocionais) na saúde das pessoas (Minayo, 1994). A violência consiste em um problema grave, dado o crescimento do número e das barbaridades dos crimes violentos no Brasil, e tem sido gerida no âmbito da segurança pública, uma das áreas de políticas públicas que mais preocupa a sociedade brasileira (Lira, 2021).

Algumas unidades federativas brasileiras se destacam entre as mais violentas, como o Ceará, que ocupou o primeiro lugar do país em taxas de mortes violentas intencionais no ano de 2020, com um total de 45,5 óbitos por 100 mil habitantes, e nono lugar em mortes por suicídio (7,1 por 100 mil habitantes). Destaca-se que mortes violentas intencionais correspondem ao somatório das vítimas de homicídio doloso, latrocínio, lesão corporal seguida de morte e mortes decorrentes de intervenções policiais em serviço e fora dele (FBSP, 2022).

A segurança pública é um dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, e deve ser exercida pelas unidades federativas do Brasil por meio de suas polícias civil, militar, penal e corpo de bombeiros. A segurança pública tem por objetivo preservar a ordem pública, assim como a incolumidade das pessoas e do patrimônio, conforme prevê a Constituição Federal de 1988 em seu artigo nº 144 (Brasil, 2016).

A Perícia Forense é um dos órgãos que compõem a segurança pública e desempenha papel relevante junto à justiça criminal por meio da perícia criminal. O valor essencial da Perícia Forense é fazer uma ligação entre a ciência e a justiça, conciliando o interesse social na apuração eficaz dos delitos, com o respeito aos direitos humanos (Rodrigues; Silva; Truzzi, 2010).

Nesse sentido, o trabalho pericial é de suma importância para a execução da justiça e redução de lesões aos direitos humanos e à cidadania. O trabalho pericial beneficia a sociedade como um todo, já que as provas científicas contribuem para a identificação dos verdadeiros autores dos delitos, além de inocentar aqueles acusados erroneamente, para que sejam julgados pela justiça criminal (Rodrigues; Silva; Truzzi 2010). O trabalho pericial forense tem um amplo escopo de atividades que são demandadas por uma diversidade de públicos internos (setores da própria Perícia Forense) e externos (autoridade de polícia civil, Ministério Público ou Poder Judiciário) (Brasil, 2022). Ele inicia com a perícia criminal no local de crime, por meio do

reconhecimento e coleta de evidências materiais potencialmente relevantes para o desvendamento do crime, e prossegue com a análise e avaliação dos resultados obtidos dos serviços de medicina legal, laboratoriais e de identificação humana, após análise do corpo, material ou objeto envolvido no delito (Lira, 2021; Unodc, 2010).

A prova pericial é de fundamental importância nos processos judiciais penais. A qualidade da prova pericial irá impactar na qualidade dos laudos periciais, tendo influência direta sobre os casos por reduzir o risco de decisões judiciais equivocadas que levariam a danos sociais e pessoais (Solodov, 2023).

Com o objetivo de contribuir para a instrução de inquéritos policiais e realizar o papel de investigação de acidentes e eventos violentos, os profissionais forenses lidam com situações traumáticas. Isto se dá por meio do atendimento às vítimas de violência e seus familiares, assim como da investigação no local de crime. Sendo assim, os profissionais de perícia forense estão expostos à violência de forma indireta, pelo contato com situações violentas sofrida por terceiros, ou direta, quando eles podem ser as vítimas.

Estudos têm demonstrado que a exposição a eventos violentos está consistentemente associada ao desenvolvimento de transtornos mentais, como quadros de irritabilidade, depressão, ansiedade (Odgers; Russell, 2017; Ribeiro *et al.*, 2009). Observa-se até mesmo o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), sendo a probabilidade de desenvolver TEPT proporcional à frequência da exposição. Sabe-se ainda que o número de traumas se apresenta como preditor de TEPT e que os efeitos são maiores nas mulheres expostas (Ribeiro *et al.*, 2009).

Além das vítimas diretas, a violência produz efeitos relevantes sobre os profissionais que atuam cotidianamente na sua gestão, investigação e atendimento, especialmente aqueles expostos de forma repetida ao sofrimento humano. Ademais, para além do desenvolvimento direto de transtornos mentais, a exposição repetida ao sofrimento alheio pode desencadear processos de desgaste emocional relacionados à empatia, como o estresse traumático secundário (ETS) e a fadiga por compaixão (FC) (Lago; Codo, 2010; Stamm, 2010).

Sendo assim, entender de que forma os profissionais de perícia forense vivenciam situações de exposição à violência como parte do seu trabalho e conhecer o impacto psicoemocional dessa exposição é de suma importância. Tal fato se torna relevante porque as pessoas que atendem vítimas de violência também podem se tornar vítimas (indiretas) dessa violência, sobretudo quando a natureza do evento é grotesca, e terem a sua capacidade de prestar ajuda comprometida (Lago; Codo, 2010).

O trabalho forense é carregado de tensões emocionais, visto que lida diretamente com o produto final das situações violentas e brutais, tais quais: acidentes, homicídios, suicídios, desabamentos, incêndios, afogamentos, violência física e sexual, dentre outros, que culminam em morte ou lesão de suas vítimas, assim como sofrimento dos familiares. A exposição frequente aos resultados de situações potencialmente dramáticas da violência, aliada à interação com os familiares das vítimas em sofrimento, pode afetar emocionalmente os profissionais forenses. Nesse contexto, a sobrecarga e a natureza do trabalho forense configuram fonte de sofrimento capaz de disparar conflitos psicossociais. Esses conflitos são manifestados por situações de irritabilidade no ambiente de trabalho e podem se expandir para a vida familiar (Silva *et al.*, 2016).

O atendimento às vítimas de trauma constitui potencial fonte de sofrimento psíquico pelas chances de evocar fortes reações de contratransferência (Eizirik *et al.*, 2006). No encontro do profissional com a vítima e/ou seus familiares, a sobrecarga emocional ocorre devido ao processo empático (Sampaio; Camino; Roazzi, 2009), que corresponde à capacidade do profissional de perceber e entender os estados internos da vítima, podendo haver um contágio emocional quando ocorre uma super identificação do profissional com a vítima/familiar devido à perda de consciência do “eu” e do “outro” (Lago; Codo, 2010).

Desse modo, a prestação de cuidados às pessoas que sofreram trauma pode trazer vários efeitos negativos para os profissionais (Stamm, 2010), como, por exemplo, os profissionais de perícia forense. O estresse emocional acarretado pelo dia-a-dia de trabalho com pessoas traumatizadas pode levar a quadros de exaustão emocional e ETS desenvolvidos pela escuta frequente de narrativas de vítimas de experiências traumáticas, testemunho desses eventos ou visualização de fotos e vídeos das vítimas (Gilbert-eliot, 2020; Lago; Codo, 2010). Por consequência, pode ocorrer a FC, que é a associação de esgotamento e trauma secundário (Stamm, 2010). Todas as formas de exposição a traumas violentos (narrativa, presencial ou audiovisual) estão presentes no trabalho de perícia forense, o que torna essa população vulnerável à FC, principalmente quando há ausência de medidas institucionais protetivas (Posselt *et al.*, 2020; Salston; Figley, 2003).

Estudos demonstram que os profissionais forenses possuem dificuldades cotidianas para lidar com mortes violentas e com o sofrimento dos familiares das vítimas (Cavedon, 2010; Lima-Silva; et al., 2021). Deparar-se diariamente com a fragilidade da vida que encontra seu fim de forma imprevisível, em um acidente de trânsito, de trabalho ou homicídio, gera uma demanda psíquica ao perito que atua em local de crime, exigindo

um esforço diário para suportar a certeza da finitude da vida (Cavedon; Amador, 2012). Soma-se a isso a exposição a riscos contra a saúde e a integridade física, a insegurança nos locais de crime e a possibilidade dos peritos serem vítimas de vingança, o que faz com que parte dos profissionais que atuam na perícia criminal deixem a instituição (Cavedon, 2010).

Não obstante a exposição frequente a situações traumáticas decorrentes da violência, a grande responsabilidade que é imputada ao perito também constitui fonte de pressão psicoemocional. A ele, não é permitido errar, visto que o laudo pericial contribuirá fortemente para a justiça, culpabilizando ou inocentando uma pessoa, podendo seu erro prejudicar a vida de outrem. Além disso, a perícia em local de crime é uma oportunidade única e volátil que se desfaz após a saída do perito do local, não havendo possibilidade de refazê-la (Cavedon, 2010).

Soma-se a isso, o fato de que muitas evidências de crime apresentam o tempo como fator crítico, são os chamados vestígios temporários, cujas características podem mudar ou desaparecer com o passar do tempo. Nos casos de coleta de material em crimes sexuais e de identificação de níveis alcoólicos no sangue, requerem uma atuação em momento oportuno pelo risco da evidência se desfazer no decorrer do tempo (Brasil, 2022). Por outro lado, perícias cadavéricas requerem tempo adequado, sob pena de não se conseguir produzir a prova desejada, impedindo a responsabilização do culpado. Todos esses fatores inerentes à atividade pericial constituem fonte de estresse.

Nesse contexto, o trabalho da polícia investigativa de crimes contra a pessoa é carregado de estressores emocionais e cognitivos pela própria natureza do trabalho com violência, os quais são intensificados por pressões geradas pelo inquérito policial que acompanha cada caso investigado. Muitas vezes, aqueles profissionais lidam com os estressores de maneira negativa, levando ao aumento da ingestão de álcool ou ao isolamento social (Roach; Cartwright; Sharratt, 2017). Sendo assim, fica evidente que a exposição constante ao sofrimento de pessoas vítimas de violência e de seus familiares torna os policiais de perícia forense vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psíquicos e transtornos comportamentais por uso de substâncias lícitas e ilícitas. Porém, estudos relacionados aos efeitos da exposição à violência sobre a saúde mental dos policiais de perícia forense ainda são escassos, sobretudo no Brasil.

Ante o exposto, este estudo partiu da problemática relativa ao desconhecimento sobre a magnitude da FC entre policiais de perícia forense e se ela está associada ao trabalho com violência e com outros transtornos mentais. Partiu-se, portanto,

da hipótese de que a prevalência de FC entre os policiais da PEFOCE é elevada e que está associada à exposição direta e indireta à violência ocupacional, constituindo fator de risco para o desenvolvimento de TMC, ideação suicida e TUS. Para testá-la, o estudo foi norteado pela seguinte pergunta: *Qual é a prevalência da fadiga por compaixão entre policiais da Perícia Forense do Ceará e como ela se associa à exposição ocupacional à violência e a outros fatores de risco?*

Diante da ausência de pesquisas no Brasil que estimem a prevalência de FC entre policiais de perícia forense, bem como sua relação com a exposição ocupacional à violência e com o desenvolvimento de outros transtornos mentais, este estudo se justifica pela necessidade de dimensionar a magnitude do problema e compreender melhor o fenômeno em questão. Logo, torna-se relevante por ter o potencial de subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para essa população, além de direcionar caminhos para a implantação de programas de prevenção do agravo, em nível primário, secundário e terciário, com intuito de minimizar os efeitos do trabalho com violência na qualidade de vida e trabalho do policial da PEFOCE.

2 A PERÍCIA FORENSE NO SISTEMA DE SEGURANÇA PÚBLICA

O Sistema de Segurança Pública e Justiça Criminal no Brasil tem o objetivo de apurar as circunstâncias de crime e identificar o(s) autor (es) para, mediante as provas, processar e julgar, determinando a execução de pena conforme a norma legal (Fachone; Velho, 2007). Para a execução desses processos, a justiça é auxiliada pelas Ciências Forenses, que diz respeito ao conjunto de conhecimentos técnicos desenvolvidos por meio de estudos, teorias e experimentos capazes de dar suporte às investigações judiciais a partir da análise de vestígios de crimes (Lira, 2021). Na definição de Del-Campo (2008), os vestígios de crimes constituem qualquer marca, traço, sinal, rastro, mancha ou outra evidência material que possa ser encontrada no local onde ocorreu o fato, podendo ou não ter relação com a natureza jurídica do evento ou vir a ser utilizado como meio de prova.

A perícia criminal após a independência do Brasil surgiu em 1832, quando foi criado o código de processo penal no país, documento que oficializou a função do perito criminal, representando um marco para a criminalística forense (Lima; Paula, 2014). No entanto, a Perícia Criminal brasileira ainda carece de uma estrutura padronizada.

A falta de padronização entre as estruturas de perícia criminal no Brasil foi evidenciada em diagnóstico realizado em 2012, pela Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), que identificou diversas configurações na estrutura organizacional das Unidades Federativas (UFBs) brasileiras, escassez na sistematização de dados e desconhecimento da instituição pelos próprios gestores (Brasil, 2013a). Apesar da maioria das UF's do Brasil ter a perícia criminal vinculada à Secretaria de Segurança Pública, em 2019, 12 delas ainda tinha a perícia subordinada à Polícia Civil (Brasil, 2022).

No Ceará, o Instituto de Identificação, o de Criminalística e o Instituto Médico Legal faziam parte da estrutura organizacional da Polícia Civil. Em 2008, os três Institutos foram integrados em um único órgão, a PEFOCE, juntamente com a criação de uma coordenadoria específica para os Laboratórios de Perícia Forense (Ceará, 2008a; 2011), passando a ser órgão vinculado à Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Ceará (SSPDS-CE), com o mesmo nível hierárquico administrativo/financeiro que as demais forças de segurança pública, a saber: Polícia Militar do Ceará (PMCE), Polícia Civil do Ceará (PCCE), Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (CBMCE), Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará (AESP-CE) e Superintendência de

Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública do Estado do Ceará (SUPESP-CE) (Ceará, 2023). Em 2022, os profissionais da PEFOCE foram reintegrados à PCCE, para fins funcionais, por meio da Emenda Constitucional nº 115, de 5 de maio de 2022, sendo mantida a autonomia administrativa e financeira (Ceará, 2022a).

O trabalho de perícia criminal é função do Estado e visa auxiliar a Justiça Criminal, estando previsto no ordenamento jurídico. O trabalho de pericial tem como principal atribuição a realização de exame de corpo de delito, caracterizado pela avaliação de materiais e vestígios deixados pelo crime. Porém, o trabalho pericial também desempenha papel relevante mesmo na ausência de corpo material para se realizar o exame de corpo de delito, sendo capaz de comprovar (ou afastar) a existência de crime se utilizando da perícia criminal indireta (Lira, 2021).

O termo “local de crime” é utilizado para denominar o local onde ocorreu um fato criminal juridicamente relevante que, embora, a princípio, possa configurar morte natural, acidental ou suicídio, origine um inquérito policial para confirmar ou refutar a hipótese de crime, ou seja, a ocorrência de ilícito penal dado o desconhecimento da natureza inicial do fato (Del-Campo, 2008). O perito criminal poderá buscar vestígios, indícios e provas em locais de crime, mas também pode realizar perícias em objetos específicos encaminhados pela autoridade policial, como armas, drogas, etc. Desse modo, os crimes contra a pessoa necessitam de uma atuação intersetorial, visto que a polícia e a perícia criminal investigam o crime de modo diferenciado. Enquanto a polícia judiciária, representada pela polícia civil, usa o método empírico nas investigações, podendo, eventualmente, utilizar os métodos científicos ou tecnológicos, a perícia criminal jamais poderá usar princípios empíricos para fundamentar suas conclusões, utilizando, unicamente, postulados científicos (Lira, 2021).

Sendo assim, a função dos peritos, em um processo criminal, é a busca da verdade, propiciando dados técnicos capazes de instruir os autos do inquérito policial e fornecer a verificação do corpo de delito. A perícia criminal, portanto, apoia toda a investigação, desde o seu início, por meio do fornecimento de informações precisas sobre o crime consumado ou tentado (Lima; Paula, 2014), até a construção da prova material a partir dos resultados da análise dos vestígios, os quais são transpostos aos autos do inquérito policial em formato de laudo pericial. A perícia criminal poderá ser consultada ou requisitada inúmeras vezes, sempre que necessário, até a obtenção da verdade real (Fachone; Velho, 2007).

O inquérito policial é, então, analisado pelo Ministério Público, o qual poderá solicitar novas diligências, solicitar arquivamento do caso ou oferecer denúncia, que, sendo aceita pelo Poder Judiciário, desencadeia a ação penal contra o suspeito do crime (Fachone; Velho, 2007).

2.1 O trabalho da Perícia Forense

Diante de um crime violento ou acidente, com morte, a polícia militar, geralmente, é o primeiro componente do sistema de segurança pública a chegar ao local de crime, fazendo o isolamento e preservação da área que possa conter o maior número de provas, o que constitui um fator crítico para o sucesso do trabalho pericial. Em seguida, a polícia civil é acionada para o conhecimento da ocorrência do crime e investigação do caso, assim como a perícia criminal, a qual se dirige ao local de crime, verifica o estado de preservação do mesmo, fazendo o reconhecimento do que pode ser importante para a investigação, e elabora um plano de ação que viabilize o desenvolvimento de técnicas adequadas de coleta de vestígios que sirvam como provas do crime, como impressões digitais, sangue, fios de cabelo, objetos, ranhuras, cadáveres, rompimento de obstáculos, etc. Após a coleta de vestígios, que são identificados e preservados, e a realização de anotações, fotografias e medições necessárias, o local de crime é liberado (Fachone; Velho, 2007; Lima; Paula, 2014; Rodrigues; Silva; Truzzi, 2010).

O trabalho pericial é dividido em três grandes áreas: a Criminalística, a Medicina Legal e a Identificação Humana. O diagnóstico da perícia criminal realizado no Brasil, em 2012, identificou a falta de padronização dessas áreas de atuação entre as unidades de Perícia Forense do país, com alguns Estados mantendo vinculação da unidade de Identificação à Polícia Civil, enquanto outros separavam a atividade laboratorial das demais atividades de Criminalística, constituindo área independente. Alguns, ainda, possuíam uma estrutura de DNA autônoma em relação às outras áreas periciais (Brasil, 2013a). Esse foi o último levantamento nacional na área, o que inviabiliza apresentação de dados mais recentes (Brasil, 2022). Além disso, as unidades de perícias das capitais dos estados brasileiros, por serem melhor estruturadas e com maior demanda, trabalham com maior número de especialidades periciais do que as do interior.

A perícia criminal é o segmento responsável por examinar locais de crime, assim como coletar e analisar vestígios deixados em infrações penais, produzindo prova pericial a partir da utilização de conhecimento científico e de inovações tecnológicas

aplicadas (Rodrigues; Silva; Truzzi, 2010). A Criminalística se divide entre atividades de perícia externa - responsável por levantamentos em locais de crime - e de perícia interna - encarregada de realizar exames especializados em vestígios (Brasil, 2022).

Os exames dos vestígios são realizados por diversas especialidades: Documentoscopia; Balística; Identificação Veicular; Exames em Veículos; Grafoscopia; Informática; Audiovisual; Fonética; Meio Ambiente; Engenharia; Contabilidade; Merceologia; e Reconhecimento Facial, a depender da estrutura organizacional de cada Estado (Brasil, 2013a). Os profissionais desses segmentos, normalmente, são de áreas científicas que se relacionam ao evento delituoso e vestígios materiais nele encontrados, como engenharias, física, química, geologia e contabilidade (Brasil, 2022).

A área da Medicina Legal atua examinando vítimas, suspeitos ou custodiados, por meio de exames ambulatoriais em pessoas vivas, a partir de entrevista, exames externos, exames de imagens e coleta de amostra de interesse pericial, e necroscópicos, por meio de exames internos e externos de cadáveres e descrição de lesões, podendo solicitar exames complementares em ambos os casos (Brasil, 2022). Os serviços de Medicina Legal podem contar com as especialidades de Tanatologia (necrópsias); Traumatologia; Sexologia; Antropologia; Odontologia; Psicologia; Psiquiatria; Radiologia; e Psicopatologia (Brasil, 2013a).

A Medicina Legal é responsável pelos exames periciais e pelas pesquisas médicas e odontológicas de interesse às investigações criminais, realizando exames necroscópicos em vítimas de morte violenta (acidente de trânsito, de trabalho, homicídio, suicídio, desabamentos, incêndios, etc.) e em corpos de indivíduos não identificados; assistir a exumações e proceder aos exames cadavéricos; realizar perícias médico legais em vivos vítimas de violência e suspeitos de praticar violência contra a pessoa, assim como avaliação de dano corporal no complexo bucomaxilofacial; e realizar perícias antropológicas dos corpos em avançado estado de decomposição, carbonizados e em ossadas (Ceará, 2011).

Os Laboratórios Forenses podem atender às especialidades de Toxicologia, para detectar o uso de drogas e veneno; Química; Bioquímica; DNA; Sorologia; Física; Entomologia; Zoologia; Bromatologia; Botânica; Cito-histologia; Medicina Veterinária. As unidades de Identificação, por sua vez, podem realizar as atividades em âmbito civil ou criminal, a partir de perícias papiloscópicas em documentos (confronto de identidades), para identificação de desconhecidos; perícias papiloscópicas em locais ou materiais, para levantamento de impressões digitais latentes, com identificação de

possíveis autores de crimes; e perícias necropapiloscópicas, com identificação dactiloscópica de cadáveres (Brasil, 2013a; 2022). Desse modo, os serviços de identificação humana e análises laboratoriais atuam na realização de exames de interesse às investigações criminais, dentro das suas áreas de atuação (Ceará, 2011).

A PEFOCE possui, na área de Criminalística, as especialidades de Local de Crime; Tecnologia e Apoio Técnico; Balística; Documentoscópica e Contábil; e Engenharia Legal e Meio Ambiente. Na área de Medicina Legal, são realizados serviços correspondentes às seguintes especialidades: Traumatologia; Psiquiatria; Odontologia; Tanatologia; Antropologia; Sexologia, embora algumas especialidades sejam identificadas por outras nomenclaturas na referida instituição. O Laboratório realiza exames nas especialidades de Química, Bioquímica e Biologia, DNA, Toxicologia e Patologia; enquanto as unidades de identificação realizam os serviços de identificação civil, identificação criminal, classificação papiloscópica, além de perícias papiloscópicas e necropapiloscópicas (Ceará, 2008b; Ceará, 2011).

Posteriormente ao exame em local de crime, dando continuidade à investigação, procede-se aos exames específicos na vítima e nos vestígios, realizados por outros especialistas, de acordo com os tipos de vestígios encontrados (Lima; Paula, 2014). Os vestígios são submetidos a exames complementares solicitados pelo próprio perito criminal ao laboratório ou seção especializada, tornando-se evidências caso a relação com o delito seja comprovada (Rodrigues; Silva; Truzzi, 2010).

Além da atuação em local de crime, o serviço de perícia forense também pode ser solicitado pelo delegado de polícia civil, tanto para a realização de exames de corpo de delito de vítimas de violência que comparecem às delegacias para registrar boletim de ocorrência, como para execução de exames laboratoriais em material apreendido e exames em custodiados. Também é comum, durante as investigações, a solicitação de padrões (sangue, fio de cabelo, impressões digitais, caligrafia, etc.) de eventuais suspeitos para comparações com os vestígios que o perito criminal coletou no local de crime (Rodrigues; Silva; Truzzi, 2010).

Ao final da análise dos vestígios, é realizado o laudo pericial, que fará parte do inquérito policial. O laudo pericial é alimentado pelos vários peritos que participaram da análise, seja do local de crime, da vítima e dos vestígios. Ele contém todos os detalhes a respeito do crime, como a identificação da vítima; as condições nas quais ela foi encontrada no local de crime; a localização, a dimensão e o tipo de objeto causador dos ferimentos que levaram ao óbito, obtidos por meio de exame interno (quando cadáver) e

externo da vítima; assim como fotografias que comprovem o que ali está registrado (Lima; Paula, 2014).

As conclusões da atividade pericial são apresentadas aos juízes, membros do Ministério Público, advogados e pessoas que necessitam da informação factual (Unodc, 2010). Desse modo, o laudo pericial é essencial para a solicitação do arquivamento do inquérito policial ou para a oferta de denúncia contra alguém pelos promotores de justiça, visto que a denúncia depende da materialidade obtida com as provas de que o crime existiu e dos indícios de autoria, obtidos por meio da perícia criminal (Rodrigues; Silva; Truzzi, 2010).

3 INTERFACE ENTRE VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL

Em um mundo dominado pela violência, é de suma importância compreender como as pessoas visualizam e experienciam situações traumáticas geradoras de sofrimento, e, sobretudo, aquelas situações que colocam a vida em risco. Eventos violentos como acidentes, homicídios, suicídios, estupro ou abuso sexual e desastres naturais, por exemplo, podem se tornar traumatizantes e acarretar consequências sociais para aqueles que os vivenciam, podendo afetar, também, aqueles que ajudam estas pessoas (Lago; Codo, 2010).

A exposição a eventos traumáticos ou estressantes, como situações catastróficas e aversivas, pode acarretar expressões variáveis de sofrimento psicológico, de acordo com as características individuais da pessoa exposta, podendo se caracterizar por sintomas que vão desde um quadro de ansiedade ou medo até quadros mais graves de sintomas anedônicos e disfóricos, externalizado por raiva e agressividade, ou sintomas dissociativos (APA, 2013). Desse modo, a exposição à violência é capaz de gerar distúrbios psíquicos no indivíduo não somente quando ele é uma vítima, mas também quando presencia a violência sofrida por terceiros ou faz algum serviço de ajuda às vítimas de violência.

3.1 Efeitos da violência na saúde mental

O estado emocional de medo constante pode desencadear o desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, fobias, estresse pós-traumático e tentativas de suicídio, o que pode acarretar danos à saúde física, como doenças crônicas, dores de cabeça, aumento da pressão arterial, além de prejuízos nas suas relações sociais, emocionais e afetivas (CFP, 2012; Heritage; Silva, 2021). Além disso, aqueles que ajudam pessoas que foram expostas a eventos traumáticos podem desenvolver sintomas negativos associados ao esgotamento, contratransferência, uso de substâncias, trauma secundário (Stamm, 2010) e Transtorno do Estresse Traumático Secundário (TETS) (Harris, 1995).

3.1.1 Transtornos mentais comuns

O conceito de TMC foi desenvolvido por Goldberg & Huxley (1992), os quais

descreveram as bases físicas para o desenvolvimento dos transtornos mentais e a influência dos eventos da vida do indivíduo no seu surgimento. Goldberg (1994) propôs um modelo biossocial para os TMC, segundo o qual duas grandes dimensões de sintomas estão subjacentes aos transtornos mentais, referindo-se aos sintomas ansiosos e aqueles relacionados à depressão. Ambas as dimensões estão relacionadas a um conjunto de variáveis sociais, as quais podem se sobrepor devido à depressão estar relacionada ao sistema de recompensa, enquanto a ansiedade está relacionada ao sistema de punição, e ambos os sistemas estão relacionados entre si (Goldberg, 1994).

Para Goldberg e Huxley, a susceptibilidade ao transtorno mental se deve a eventos sociais, psicológicos e a fatores que afetam a saúde física, estando relacionada a três grupos de fatores: a vulnerabilidade à produção de sintomas ansiosos ou depressivos; a desestabilização, que corresponde aos fatores que liberam os sintomas em determinado momento; e a restituição, que diz respeito aos fatores que determinam a duração da doença (Goldberg; Huxley, 1992).

A exposição à violência tem sido associada ao desenvolvimento de diversos transtornos mentais. Patias, Heine & Dell’Aglia (2017), em estudo sobre violência e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes, identificaram que tanto a exposição à violência direta quanto à violência indireta ocorrida pelo menos uma vez na vida foram positivamente associadas com sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

Estudo de impacto da violência em moradores das capitais do Rio de Janeiro e São Paulo na prevalência de transtornos mentais identificou correlação positiva entre experiências de situações de violência agressiva (que inclui traumas pessoais diretos que envolvem violência interpessoal) e de outras lesões/eventos chocantes (representados por outros tipos de experiências traumáticas pessoais diretas) com diversos diagnósticos psiquiátricos. Nesse estudo, foi evidenciado que vivenciar violência agressiva ao longo da vida pode aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos relacionados ao álcool (uso de risco ou dependência), transtornos fóbicos e de ansiedade, assim como Transtorno Depressivo Maior (TDM), sendo também observado risco aumentado de desenvolvimento desses dois últimos diante de experiência com outras lesões ou eventos chocantes (Ribeiro *et al.*, 2013).

No estudo de Orellana *et al.* (2022) que avaliou a relação entre vitimização por roubo e TDM e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em adultos de 30 anos, os autores identificaram associação entre a vitimização em três períodos (durante a vida, últimos 10 anos, últimos 12 meses) e o aumento da ocorrência de TDM e TAG,

reafirmando que a exposição à violência, mesmo aquela não letal, constitui fator de risco para TMC por promover sentimentos de medo e preocupação constantes.

3.1.2 Síndrome de Burnout

A Síndrome de *Burnout* é um distúrbio emocional caracterizado por sintomas de exaustão, estresse e esgotamento físico decorrente de situações desgastantes no trabalho, sendo muito comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidade constante, como médicos, enfermeiros, professores, policiais, dentre outros (MS, 2022).

A origem das pesquisas de Burnout (BO) se deu nas ocupações de prestação de cuidados e serviços, com foco no contexto de relação interpessoal entre provedor e usuário do serviço, quando ocorrem transações relacionais do indivíduo no local de trabalho, estando o estudo centrado nas emoções do indivíduo e nos motivos e valores subjacentes ao seu trabalho com os usuários (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001). Portanto, o BO está inserido em um contexto social complexo e também envolve a atitude das pessoas em relação aos outros e a si mesmo (Maslach, 1993).

Os primeiros estudos sobre BO foram escritos por Freudenberg (1974) e Maslach (1976), mas seu maior desenvolvimento surgiu com os trabalhos de Maslach, em 1982, que fez emergir uma teoria multidimensional do fenômeno (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001; Salston; Figley, 2003), que é composto de três fatores: a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal no trabalho (Borges *et al.*, 2002; Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001).

A exaustão ou esgotamento emocional não é uma resposta incomum à sobrecarga emocional do trabalho de prestação de serviço. A exaustão é a qualidade central do BO e a manifestação mais óbvia da síndrome, sendo o componente mais amplamente relatado e minuciosamente analisado por refletir a dimensão do estresse do BO (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001). Ela corresponde aos sentimentos de fadiga e redução de recursos emocionais requeridos para lidar com situações estressoras (Borges *et al.*, 2002).

A despersonalização corresponde a uma tentativa da pessoa lidar com o estresse emocional do trabalho por meio da moderação da compaixão pelo cliente/usuário do serviço, a partir da qual uma distância emocional do profissional (“preocupação desapegada”) é adotada como forma de proteger-se de intensa excitação emocional que

poderia interferir no seu funcionamento eficaz no trabalho (Maslach; Schaufeli; Leiter 2001). Porém, o desapego excessivo e pouca preocupação podem levar a uma atuação negativa, insensível e desumanizada do profissional (Borges *et al.*, 2002; Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001).

O terceiro componente do BO diz respeito à satisfação no trabalho, comprometimento organizacional e rotatividade relacionadas ao estresse no trabalho (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001). Refere-se à percepção de deterioração da autocompetência e falta de satisfação com as suas próprias realizações no trabalho (Borges *et al.*, 2002). A relação da ineficácia (redução da realização pessoal) com os outros aspectos do BO é um pouco mais complexa, parecendo ser uma função da exaustão, da despersonalização ou de uma combinação de ambos (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001).

Maslach & Schaufeli (1993) observaram cinco elementos comuns ao fenômeno BO: (a) Predomínio de sintomas disfóricos, como exaustão mental ou emocional, fadiga e depressão; (b) Ênfase nos sintomas mentais e comportamentais, mais do que nos físicos; (c) Os sintomas de BO são relacionados ao trabalho; (d) Os sintomas manifestam-se em pessoas que não sofriam de psicopatologia antes; (e) Há diminuição da eficácia e do desempenho no trabalho por causa de atitudes e comportamentos negativos.

As reações do BO incluem sintomas físicos e sofrimento psíquico, como cansaço físico e mental excessivo; dor de cabeça frequente; insônia; sentimento de insegurança, incompetência, fracasso, derrota; negatividade constante; pressão alta; fadiga (MS, 2022; Salston; Figley, 2003); sentimento de desesperança; dificuldade de concentração; isolamento; alterações de humor; problemas gastrointestinais e alteração nos batimentos cardíacos; alterações no apetite; dores musculares (MS, 2022); uso de substâncias, ansiedade e depressão (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001; Salston; Figley, 2003). Estudos evidenciam que o BO é preditor para sintomas depressivos (Duan-Porter *et al.*, 2018; MS, 2022), assim como a depressão constitui um preditor para BO (Cruz, 2014), já que os indivíduos mais propensos à depressão são mais vulneráveis ao esgotamento (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001).

Dada a natureza do seu trabalho com vítimas/testemunhas/perpetradores de crimes, investigadores forenses experimentam estressores únicos, tanto direta como indiretamente, sobretudo quando se trata de crianças traumatizadas. Estudo realizado por Losung *et al.* (2021) com policiais que investigam crimes de agressão sexual e abuso

infantil evidenciaram risco elevado dessa população ao BO desde o início da carreira. Fansher; Zedaker; Brady (2020) identificaram que entrevistadores forenses experimentam regularmente sentimentos de esgotamento impulsionados, principalmente, por fatores relacionados ao trabalho, como sentir-se frequentemente sobrecarregado com as tarefas relacionadas ao trabalho, já que, muitas vezes, não é estabelecido um limite de casos por profissional; suporte organizacional inadequado; além de exposição direta a materiais gráficos envolvendo crianças, gerando uma predisposição ao BO nos profissionais de perícia forense.

3.1.3 Estresse traumático primário e secundário

O estresse é um evento que perturba o equilíbrio de um organismo (Valent, 1995) gerando respostas adaptativas (ou mal adaptativas) frente a alterações ambientais que geram demandas além dos recursos disponíveis (Lago; Codo, 2010). Tais respostas se expressam no âmbito biológico, psicológico e social e, quando elas não conseguem restabelecer o equilíbrio de melhoria da vida pré estresse, por serem mal adaptativas, diz-se que ocorreu o trauma, sendo esse tipo de estresse denominado estresse traumático (Valent, 1995). Diante da exposição a evento traumático, o indivíduo exposto passa a desenvolver estratégias de sobrevivência ao trauma, sendo as doenças definidas como equilíbrios comprometidos após o trauma (Valent, 1995).

O evento traumático pode ser revivido de diversas maneiras. O indivíduo pode ter recordações recorrentes e intrusivas do evento a partir de memórias perturbadoras espontâneas ou desencadeadas por eventos que geralmente relembram a experiência traumática e que frequentemente incluem componentes sensoriais, emocionais ou fisiológicos manifestadas por fortes emoções físicas, dificuldade para dormir, sonhos angustiantes com conteúdo ou emoções representativos ou tematicamente relacionados às ameaças importantes envolvidas no evento traumático e flashbacks; sintomas de evitação, com fuga de memórias, pensamentos e sentimentos relacionados ao trauma, além de evitar lugares, atividades e objetos que possam lembrar a experiência traumática; mudanças negativas no pensamento e no humor, com fortes sentimentos de horror, medo, raiva e vergonha; ou excitação alterada, levando a distúrbios do sono (APA, 2013; Gilbert-Eliot, 2020; Stamm, 2010).

O trauma é primário quando as respostas (des) adaptativas são evocadas no próprio indivíduo que sofreu o evento traumático. Já o trauma secundário ocorre quando

alguém é exposto ao trauma sofrido por outra pessoa, manifestado por lesões físicas ou emocionais. Tal exposição pode ocorrer por meio da escuta de histórias traumáticas, pelo trabalho com sobreviventes de trauma ou pelo testemunho do impacto do trauma sobre as pessoas que o vivenciaram, constituindo um trauma de “segunda mão”, visto que não foi vivenciado diretamente pela pessoa afetada (Gilbert-Eliot, 2020; Stamm, 2010).

Sendo assim, as respostas de ETS ocorrem quando uma pessoa é secundariamente influenciada pelas respostas de estresse de outra pessoa (Valent, 1995). Alguns profissionais estão em maior risco de desenvolverem trauma secundário, como trabalhadores da lei (policiais, agentes penitenciários e investigadores de cenas de crime); bombeiros; paramédicos/técnicos de emergência; terapeutas de saúde mental; pessoal de pronto-socorro; trabalhadores do bem-estar infantil; cônjuges e familiares de pessoas em profissões propensas a traumas (Gilbert-Eliot, 2020).

No entanto, a exposição a um evento traumático pode levar ao crescimento pós-traumático, quando as respostas das estratégias de sobrevivência são adaptativas e os equilíbrios pós-estresse melhoram mais a vida do que os equilíbrios pré-estresse (Valent, 1995). Quando ocorre o agravamento dos sintomas das respostas não adaptativas, desenvolve-se o TEPT ou TETS.

3.1.3.1 TEPT e TETS

A quinta edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM V) considera que, para o diagnóstico de TEPT, é necessária a exposição prévia do indivíduo a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual que pode ocorrer através da vivência direta do evento traumático; por meio do testemunho direto do evento traumático sofrido por outras pessoas; por meio do conhecimento de evento traumático violento ou acidental ocorrido com amigos ou familiares; pela exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático, como é o caso de profissionais que recolhem corpos humanos ou policiais que se expõe de forma repetida a detalhes relacionados a abuso infantil (inclusive a meios de mídias eletrônicas, filmes ou fotografias) desde que a exposição seja decorrente do trabalho (APA, 2013). Portanto, aqueles que foram indiretamente ou secundariamente traumatizados também estão em risco de desenvolver TEPT (Figley, 1995).

Para Harris (1995), no entanto, os distúrbios causados pelos efeitos secundários do trauma correspondem ao TETS, que ocorre quando o evento traumático é

a experiência traumática do cliente/paciente que foi compartilhada no processo de atendimento ou interação entre a pessoa traumatizada e o profissional (Salston; Figley, 2003). Na experiência de Harris (1995), os trabalhadores do trauma passam por várias fases na tentativa de gerenciar as consequências de cada evento crítico no qual estão envolvidos.

A primeira fase seria de enfrentamento, relacionada a uma série de comportamentos e sentimentos associados à tentativa do profissional de gerenciar a resposta psicológica imediatamente após a exposição indireta ao evento crítico, consistindo, portanto, em efeitos secundários, visto que não foram desencadeados no profissional pelo evento crítico real, mas pelas consequências dele. A segunda fase é o período de segurança, quando o evento traumático encerrou, mas as consequências emocionais ainda precisam ser integradas ao próprio eu. A terceira fase é de reação ao ETS, na qual o profissional faz um trabalho mental para assimilar e acomodar a experiência traumática no seu modelo de mundo, ocorrendo como uma tentativa de integração das memórias do trabalho de trauma realizado, do incidente crítico e das consequências. A quarta e última fase é a fase de integração, quando o trabalhador integra com sucesso o ETS. Tal sucesso é representado pela assimilação psicológica efetiva e reconhecimento do trabalho de trauma, do evento crítico e das suas consequências com pouco ou nenhum resquício emocional. Quando a integração é malsucedida, ocorre o TETS, com a vitimização secundária do profissional (Harris, 1995).

Desse modo, pessoas que estão expostas ao sofrimento de terceiros apresentam alta probabilidade de desenvolverem sintomas parecidos aos da pessoa que vivenciou o trauma diretamente, correspondendo a um processo de traumatização secundária. Dentre essas pessoas, estão os profissionais que se dedicam ao cuidado da pessoa traumatizada, como terapeutas; psicólogos; assistentes sociais; enfermeiros; médicos; psiquiatras; profissionais de sala de emergência (Lago; Codo, 2010), e pessoal que atua durante os eventos críticos, como socorristas imediatos (bombeiros e policiais), posteriores (médicos e paramédicos) e inesperados (transeuntes que se deparam com situação de socorro); interventores de crises; e pessoal de recuperação e identificação de corpos (Harris, 1995), como é o caso dos profissionais forenses.

3.1.4 Fadiga por compaixão (FC)

A FC ocorre devido aos sentimentos de empatia e compaixão desenvolvidos pelos seres humanos. A empatia está relacionada ao incômodo sentido diante da dor de alguém, enquanto a compaixão corresponde aos comportamentos pró-sociais e de ajuda (Lago; Codo, 2010).

3.1.4.1 Empatia e compaixão

A empatia deve ser compreendida como um construto multidimensional. Ela é responsável pela experiência subjetiva natural de semelhança entre os sentimentos expressos por si mesmo e pelos outros, sem perder de vista quais sentimentos pertencem a quem (Decety; Jackson, 2004), representando o sentimento de piedade e compaixão diante do sofrimento de alguém, além de um desejo de ajudar a quem está sofrendo, havendo diferenças qualitativas nas respostas emocionais da empatia (Sampaio; Camino; Roazzi, 2009).

Apesar de ser objeto de estudo de vários autores, ainda não existe um consenso sobre a natureza e as propriedades da empatia (Lago; Codo, 2010). Morse *et al.* (1992), ao analisarem o conceito de empatia, indicaram que ela possui quatro componentes distintos: emocional, moral, cognitivo e comportamental.

O componente emocional, conhecido como “empatia emocional” ou “empatia afetiva”, refere-se à habilidade de perceber os estados emocionais internos e subjetivos daquele que está em sofrimento, de modo a sentir o que o outro está sentindo. Tal fato ocorre porque o estresse emocional é “contagioso” e, portanto, capaz de estimular quem o percebe, resultando no expectador sensações semelhantes à experimentada pela vítima (Morse *et al.*, 1992).

O componente moral da empatia, denominado “predisposição moral” ou “disposição empática”, diz respeito a uma prontidão ou desejo de ajudar/socorrer seus semelhantes. O componente cognitivo, conhecido como “estado empático”, corresponde àquele ligado à capacidade intelectual de se transportar para a perspectiva ou lugar do outro, permitindo uma previsão dos pensamentos e comportamentos da experiência do outro; enquanto o componente comportamental está relacionado à capacidade de comunicação empática, transmitindo à vítima as preocupações empáticas por meio de linguagem verbal e não verbal (Morse *et al.*, 1992).

Para Decety & Jackson (2004), a empatia possui elementos cognitivos e afetivos, e resulta da interação de três componentes funcionais: o compartilhamento afetivo entre o “eu” e o “outro”, que leva ao compartilhamento de representações; a consciência eu/outro, que impede a confusão entre os dois sujeitos envolvidos no processo empático; e a flexibilidade mental com autorregulação, responsável pela capacidade cognitiva do indivíduo se colocar no lugar do outro. Nesse sentido, o compartilhamento de emoções sem a consciência do eu/outro configura o contágio emocional.

A flexibilidade mental, por sua vez, é o que diferencia o processo empático humano do animal, visto que permite ao indivíduo adotar a perspectiva subjetiva de outrem de forma controlada e resultante de um esforço intencional, mantendo, por meio da autorregulação, a clara distinção eu/outro de modo a evitar a confusão entre as perspectivas de ambos, e, por consequência, o contágio emocional (Lago; Codo, 2010).

Portanto, a empatia pode contribuir para o desenvolvimento de reações emocionais negativas quando há um processo de super identificação do cuidador com o sofrimento do outro, e a distinção eu-outro se torna menos clara, ou quando a capacidade de regulação emocional é baixa (Cruz, 2014).

A compaixão parece ser o último estágio do processo empático, sendo capaz de impelir uma ação de intervenção na dor alheia, manifestada por um comportamento de ajuda (Lago; Codo, 2010). O cérebro humano é programado para os sentimentos de empatia e compaixão, razão pela qual os traumas de terceiros podem ter tanto impacto sobre as pessoas. No entanto, a capacidade de compaixão manifestada de forma exagerada pode se esgotar, ocorrendo a FC, cujos sintomas podem incluir apatia, irritabilidade, falta de concentração, rigidez, negatividade e baixa autoestima (Gilbert-Eliot, 2020). Aqueles com maior empatia e capacidade de sentir tendem a ter maior risco de estresse por compaixão (Figley, 1995).

3.1.4.2 Satisfação por compaixão e fadiga por compaixão

Diferentes termos têm sido utilizados para descrever os efeitos negativos para os profissionais decorrente do atendimento a vítimas de trauma, sendo os mais aceitos a FC, o ETS e o Trauma Vicário (TV), cujos conceitos foram introduzidos por Figley (1995), Stamm (1995) e Pearlman (1995), respectivamente.

A FC corresponde aos aspectos negativos do trabalho com pessoas traumatizadas, equivalente ao TETS (Salston; Figley, 2003), sendo composta de duas partes, o BO e o ETS. O BO, como dito anteriormente, diz respeito à sensação de exaustão e sentimento de frustração, raiva, depressão, desesperança e dificuldades para lidar com o trabalho ou fazê-lo de forma eficaz. Tais sentimentos podem refletir a sensação de que seus esforços não fazem diferença, podendo estar associados a altas cargas de trabalho ou ambiente de trabalho sem apoio. O ETS é a exposição secundária relacionada ao trabalho com pessoas que sofreram eventos extremamente estressantes ou traumáticos, gerando um sentimento negativo impulsionado pelo medo e pelo trauma, que pode ser direto (primário) ou uma combinação de trauma direto e indireto (secundário). Seus efeitos podem incluir dificuldades para dormir por medo, imagens intrusivas ou evitação de lembranças das experiências traumáticas da pessoa atendida, estando relacionada ao TV (Stamm, 2010).

O ETS e BO podem compartilhar características semelhantes, onde o risco de um pode aumentar o risco do outro (Losung *et al.*, 2021). Os resultados dos aspectos negativos da prestação de cuidados também podem incluir o aumento do uso de substâncias, e a conjugação desses dois transtornos aumenta o risco para depressão e TEPT (Stamm, 2010). Além disso, a literatura também tem evidenciado o papel da depressão, da ansiedade e do estresse como preditores para FC, estando a FC associada, também, à ausência de autocompaixão e à baixa capacidade de regulação emocional, componente da inteligência emocional responsável por regular os estados emocionais do próprio indivíduo como os dos outros (Cruz, 2014).

No entanto, o trabalho com pessoas traumatizadas também pode gerar sentimentos positivos conhecidos como Satisfação por Compaixão (SC). Os aspectos positivos de ajudar podem ser vistos como altruísmo, que ocorre quando a pessoa se sente bem ao poder fazer algo para ajudar (Stamm, 2010), estando associados à autocompaixão e à elevada capacidade de regulação emocional (Cruz, 2014). Estudo de Losung *et al.* (2021), com policiais australianos investigadores de crimes de agressão sexual e abuso infantil, identificou associação entre altos níveis de empatia e elevada SC, com fatores de empatia cognitiva de autoconsciência do outro e regulação emocional constituindo fatores de proteção para BO e ETS, evidenciando que altos níveis de SC podem ocorrer mesmo em profissões nas quais o profissional está exposto a situações traumáticas, como na polícia que trabalha com crimes centrados nas vítimas, devido ao ato de ajudar estas pessoas e trabalhar para fornecer justiça (Losung *et al.*, 2021).

Aspectos da personalidade do indivíduo também possuem influência sobre o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento dos efeitos negativos do trabalho com situações traumáticas. Estudo realizado com profissionais de enfermagem identificou que o traço de personalidade de afetividade negativa, o enfrentamento evitativo do estresse e a exaustão inicial foram associados a sintomas depressivos, sendo a exaustão fortemente associada à ansiedade (Duan-Porter *et al.*, 2018). Pesquisa com policiais da Finlândia observou que traços de personalidade negativos são preditores significativos de FC e BO (Papazoglou; Koskelainen; Stuewe, 2019)

Brackett *et al.* (2010), em estudo sobre capacidade de regulação emocional, esgotamento e satisfação no trabalho entre professores, identificaram associação entre regulação emocional e afeto positivo, apoio da chefia, satisfação no trabalho e realização pessoal. Segundo os autores, aqueles que regulam suas próprias emoções de forma eficaz são susceptíveis a provocar respostas positivas daqueles com quem interagem, além do fato da regulação emocional aumentar a capacidade de lidar eficazmente com os problemas por aumentar as emoções positivas. Nesse mesmo estudo, o afeto positivo e o apoio da chefia mediaram as relações entre regulação emocional e a satisfação no trabalho e realização pessoal.

Desse modo, as pessoas mais hábeis em gerar emoções positivas conseguem desfazer experiências emocionais negativas, gerenciar o estresse e promover a satisfação no trabalho (Brackett *et al.*, 2010). Vale salientar que o suporte social e o apoio institucional constituem recursos importantes para redução das consequências prejudiciais do estresse (Salston; Figley, 2003), sendo de fundamental importância para o alcance de altos níveis de satisfação no trabalho, sobretudo quando as atividades laborais possuem alta carga emocional.

Embora a incidência de problemas de desenvolvimento associados aos aspectos negativos da prestação de cuidados pareça ser baixa, eles são graves e podem afetar o indivíduo, sua família e outras pessoas próximas, os cuidados prestados e a organização da qual faz parte. Além disso, os efeitos negativos da prestação de cuidados são agravados pela gravidade do material traumático a que o profissional está exposto, como o contato direto com as vítimas, sobretudo quando a exposição é de natureza grotesca (Stamm, 2010).

3.1.4.3 Fadiga por compaixão no atendimento a vítimas de violência

Profissionais que atendem vítima de violência tendem a possuir maior risco de desenvolvimento de FC. Dentre as pessoas que trabalham em profissões de ajuda às vítimas de violência e/ou acidentes, estão os profissionais de saúde, assistentes sociais, advogados, policiais, equipes que atuam em local de desastre e outros que oferecem assistência no momento do evento traumático ou após o ocorrido (Stamm, 2010). A traumatização secundária decorrente do trabalho com vítimas de violência tem sido abordada em vários estudos, atingindo prevalência de 44,4% em psicoterapeutas de sobreviventes de guerra (Kizilhan, 2020), 50,0% em advogados (Benuto *et al.*, 2018) e 50,8% em profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (Dornelles; Macedo; De Souza, 2020).

Os profissionais que trabalham com pessoas traumatizadas por vitimização criminal também estão sob risco de serem traumatizados secundariamente (Salston; Figley, 2003), principalmente aqueles com histórico de trauma semelhante ao das vítimas. Os profissionais da lei, como os policiais, podem, a qualquer momento, responder a chamados para ajudar sobreviventes de violência doméstica; examinar cenas violentas de homicídio; separar brigas entre detentos de uma prisão; entrevistar/atender vítima de estupro; e entrevistar vítimas de crimes com possibilidade de múltiplas exposições a detalhes perturbadores de crimes traumáticos (Gilbert-Eliot, 2020).

O atendimento a vítimas ou perpetradores de violência sexual pode ocasionar traumatização vicária, podendo, inclusive, levar a mudanças no comportamento, nas relações sociais, na visão de mundo dos profissionais e nas crenças relacionadas à confiança e segurança (Barros *et al.*, 2020; Padmanabhanunni; Gqomfa, 2022; Shrim; Baum, 2022). Raunick *et al.* (2015) encontraram níveis mais altos de traumatização vicária entre enfermeiras que atendiam vítimas de agressão sexual, quando comparadas com outras enfermeiras de saúde da mulher, além de, em ambos os grupos, os níveis de TV serem maiores naquelas que tinham histórico de trauma relacionado à violência sexual. Estudo de Padmanabhanunni & Gqomfa (2022) identificou que a exposição frequente a narrativas de crimes sexuais levou ao aumento do senso de vulnerabilidade pessoal à agressão sexual em psicólogas que atendiam sobreviventes de agressões sexuais, além de experiências intrusivas desencadeadas por estímulos ambientais semelhantes a eventos traumáticos das pacientes, desconfiança com relação aos homens e hipervigilância em relação à segurança das filhas.

A traumatização secundária decorrente do trabalho com vítimas de violência também tem sido investigada entre profissionais da segurança pública, indicando altos níveis de exposição dessa população a eventos traumáticos (Bell; Hopkin; Forrester, 2019), fazendo com que os policiais sofram de ETS em maior medida do que os profissionais de saúde (Acquadro Maran; Zito; Colombo, 2020). Papazoglou, Koskelainen & Stuewe (2019) encontraram prevalência de 10,0% de altos níveis de FC e 40,0% de baixos níveis de SC em policiais da Finlândia. Bell, Hopkin & Forrester (2019), em pesquisa com agentes penitenciários e profissionais de saúde mental que atuavam junto à população carcerária, encontraram associação entre a exposição a eventos traumáticos e níveis mais altos de esgotamento, FC e reduzida SC.

Os profissionais de perícia forense também têm sido alvo de estudos que investigam o efeito do trabalho com violência no desenvolvimento de FC. Levin *et al.* (2021), em seu estudo realizado nos Estados Unidos, identificaram que os profissionais de ciências forenses de campo registraram níveis mais altos de ETS em comparação com os profissionais de laboratório, apesar do BO e a SC não terem sido significativamente diferentes entre os grupos. Além disso, trabalhar com as famílias das vítimas e testemunhas foram considerados preditores de ETS (Levin *et al.*, 2021). Em estudo de Brady, Fansher & Zedaker (2019) com entrevistadores forenses de vítimas de maus-tratos infantis, também nos Estados Unidos, mostraram que 68,8% dos profissionais que eram pais relataram que o trabalho afetava sua relação com seus filhos, sendo a frequência de exposição direta às vítimas, a exposição indireta a detalhes gráficos de maus-tratos infantis e os anos de experiência investigando esse tipo de crime considerados preditores para ETS. Tais estudos indicam a necessidade de fortalecer os esforços organizacionais para lidar com o estresse e o trauma, promovendo a saúde e o bem-estar dos profissionais, principalmente aqueles com exposição direta às cenas de crime, contato com as famílias das vítimas e testemunhas (Levin *et al.*, 2021).

Estudos sobre FC ou traumatização secundária entre profissionais da segurança pública no Brasil ainda são escassos. No entanto, Barros *et al.* (2020), em estudo brasileiro realizado com profissionais forenses em todo o país, identificaram sentimentos de desânimo, cansaço, tristeza, pessimismo, desconforto e desesperança em psicólogos e psiquiatras forenses que atendiam perpetradores de violência sexual. Além disso, os participantes demonstraram preocupações decorrentes de sentimentos fortes e persistentes despertados pela avaliação de agressores sexuais (Barros *et al.*, 2020).

Desse modo, não somente o trabalho com vítimas de violência, mas também com os perpetradores, pode causar impacto na saúde mental dos profissionais. Uma revisão sistemática com metanálise sobre os efeitos da terapia de agressores sexuais sobre a manifestação de angústia nos terapeutas identificou que o tratamento de criminosos sexuais pode levar ao esgotamento do profissional, interrupção da sua vida sexual e desenvolvimento de TV (Baum; Moyal, 2020). Estudo de Bell; Hopkin; Forrester (2019) evidenciou elevada exposição a evento traumático e experiência de FC em profissionais de saúde mental que atuavam em prisões, levando 57% deles a terem pensamentos suicidas e de automutilação. Esse mesmo estudo identificou que vivenciar ou testemunhar rotineiramente eventos traumáticos no trabalho estava relacionado ao maior risco de FC, havendo aumento aparente de BO com o aumento do número de eventos (Bell; Hopkin; Forrester, 2019).

São diversos os fatores de risco para ETS no trabalho com vítimas de violência. Dentre eles, estão o número de horas trabalhadas por semana, horas de serviço, trabalho com adultos sobreviventes de abuso sexual infantil (Benuto *et al.*, 2018), micro agressões, estresse de vida recente e carga de trabalho (Voth Schrag *et al.*, 2022). Sendo assim, o volume de trabalho realizado, a repetição de testemunhar material de trauma, com elevado número de horas de exposição, combinado com o conteúdo do material e a qualidade do tempo longe do trauma (tanto dentro quanto fora do trabalho) constituem fatores de risco para emoções negativas nos profissionais, sendo importante a criação de fronteiras de espaço e tempo para estimular emoções positivas capazes de contrabalancear as emoções negativas resultantes do trabalho com vítimas de traumas (Massey *et al.*, 2019).

Em virtude disso, alguns fatores têm sido apontados como importantes para a manutenção do bem estar do profissional que trabalha com pessoas traumatizadas. Dentre eles estão: apoio informal de amigos e familiares (Bell; Hopkin; Forrester, 2019; Choi, 2011; Massey *et al.*, 2019; Posselt *et al.*, 2020); prática de atividade física e atividades contemplativas (dança, alongamento, ioga, mergulho, caminhada, meditação, respiração, contato com a natureza, etc.); envolver-se em atividades e práticas sociais e individuais importantes, pessoais e ligadas às preferências e valores dos indivíduos; separação entre vida pessoal e profissional (Posselt *et al.*, 2020); crença, fé e religiosidade (Bell; Hopkin; Forrester, 2019; Posselt *et al.*, 2020).

Visto que níveis mais altos de esgotamento, FC e reduzida SC podem estar associados às características da equipe, exposição a eventos traumáticos e ambiente de

trabalho, é de fundamental importância garantir um ambiente de apoio e incentivo no intuito de reduzir o impacto da exposição (Bell; Hopkin; Forrester, 2019). É nesse contexto que o apoio organizacional e dos pares, como colegas de trabalho, supervisores e equipes de trabalho, tem sido apontado como fator de proteção para FC no trabalho com vítimas de violência (Bell; Hopkin; Forrester, 2019; Choi, 2011; Posselt *et al.*, 2020).

O apoio formal por meio de terapias e suporte institucional; o estabelecimento de limites com relação às horas de trabalho e número de casos, adequando as demandas à capacidade do profissional; receber supervisão que incorpore aspectos emocionais e desenvolvimento profissional constituem ações que podem ser adotadas no sentido de melhorar a qualidade de vida do profissional que trabalha com vítimas e perpetradores de violência (Posselt *et al.*, 2020).

Nesse sentido, embora seja importante a adoção de hábitos de vida saudáveis e estratégias de enfrentamento adaptativas pelos profissionais, as organizações têm a responsabilidade de incorporar políticas e práticas que tenham como interesse a promoção do bem-estar da equipe de trabalho (Posselt *et al.*, 2020).

3.1.5 Transtorno por uso de substâncias (TUS)

Condições de trabalho desgastantes, estressantes e desmotivadoras, assim como situações de violência no trabalho, são capazes de induzir o trabalhador a se refugiar no uso de alguma droga, seja lícita ou ilícita (Felix Junior; Schlindwein; Calheiros, 2016). Nesse contexto, o consumo de drogas lícitas e ilícitas tem sido utilizado como forma de minimizar as tensões e frustrações da vida laboral e para suportar períodos de estresse, constituindo uma válvula de escape para problemas e pressões (Andrade; Dantas, 2015).

O TUS é um conjunto de alterações cognitivas, comportamentais e sintomas fisiológicos que indicam o uso de substância pelo indivíduo apesar dos problemas significativos relacionados ao seu uso. O diagnóstico pode ser aplicado às seguintes classes distintas de drogas: álcool; maconha; alucinógenos; inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras (ou desconhecidas) substâncias (APA, 2013).

Em geral, o diagnóstico de TUS, que pode ser classificado de acordo com a gravidade, é baseado em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao uso da substância que pode ser avaliado a partir de quatro critérios: controle prejudicado, prejuízo social, uso de risco e critérios farmacológicos. O controle prejudicado diz

respeito ao uso em quantidades maiores ou por períodos prolongados; dificuldade para interromper ou reduzir o uso; investir muito tempo para obter, usar ou se recuperar do uso da substância; além de manifestação de desejo intenso pela droga. O prejuízo social ocorre quando há falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa; problemas interpessoais; abandono ou afastamento de atividades sociais, ocupacionais, familiares ou recreativas. O uso de risco se refere às situações em que o uso é fisicamente perigoso ou favorece o surgimento de problemas físicos ou psicológicos; enquanto os critérios farmacológicos são observados quando há sinais de tolerância e síndrome de abstinência (APA, 2013).

A forma de organização do trabalho pode ser um fator determinante para o sofrimento dos trabalhadores e favorecer a utilização de álcool, drogas e outras substâncias (Andrade; Dantas, 2015; Felix Junior; Schlindwein; Calheiros, 2016). É nesse sentido que muitos profissionais fazem o uso funcional da droga no trabalho, de acordo com Lima (2010), que corresponde ao uso de substâncias lícitas e ilícitas, dentro ou mesmo fora do período de trabalho, como um suporte, ferramenta ou necessidade de adquirir um bem estar capaz de compensar as dificuldades encontradas no seu contexto laboral (estresse, fadiga, etc.) ou de ajudar a suportá-las (volume de trabalho, jornada de trabalho exaustiva, necessidade de se manter acordado em trabalho noturno, dentre outros).

No entanto, o uso continuado da substância pode se tornar um círculo vicioso, passando a representar um empecilho à realização das atividades laborais, já que seu uso deixa de ser um meio para lidar com as dificuldades e passa a se tornar um fim em si mesmo, quando o uso passa a ser considerado disfuncional (Lima, 2010). Tal fato se torna ainda mais grave diante da dificuldade ou inviabilidade de acesso ao tratamento devido ao sentimento de medo de punição por parte do profissional e de ser estigmatizado dentro da instituição (Felix Junior; Schlindwein; Calheiros, 2016).

Desse modo, o consumo de drogas por trabalhadores constitui um problema de saúde pública que interfere em outros setores da sociedade. Ele contribui para a redução da produtividade, aumenta a probabilidade de acidentes de trabalho e gera riscos para a vida tanto do indivíduo que faz o consumo quanto de outras pessoas com quem se relaciona ou recebe seus serviços (Felix Junior; Schlindwein; Calheiros, 2016).

Vários estudos têm avaliado o uso de substâncias entre policiais. Estudo com policiais militares identificou o uso de álcool como forma de relaxar após exercer atividades de risco ou para combater o medo de enfrentar situações perigosas

(Gischewski, 2007). Souza *et al.* (2013) identificaram frequências de 23,3% e 19,1% no consumo regular de tabaco; de 12% e 11% no consumo diário de bebida alcoólica; e de 13,3% e 10,1% no uso de tranquilizantes no último ano em policiais civis e militares, respectivamente. Estudo com policiais militares em Goiás identificou uso de álcool em 57,5%, de tabaco em 14,5% e de sedativos, ansiolíticos e antidepressivos em 3,7% no último mês (Costa, 2009). No entanto, não foram encontrados estudos sobre a prevalência de uso de álcool e outras drogas entre profissionais de perícia forense.

Souza *et al.* (2013) identificaram, entre os problemas decorrentes do uso de substâncias por policiais civis e militares, a criação de conflitos familiares e a dificuldade no controle da agressividade. Desse modo, o consumo de drogas, mesmo as lícitas, entre policiais é preocupante não apenas por colocar em risco a sua saúde, mas porque o envolvimento em eventos violentos sob efeito de substâncias pode ser muito grave para quem porta uma arma de fogo, como é o caso dos policiais.

Acrescente-se a isso que o trabalho na segurança pública pode facilitar o acesso às drogas, ampliando o risco do uso abusivo quando aliado a situações de depressão, estresse, insatisfação no trabalho e características pessoais de predisposição ao uso de drogas (Andrade; Dantas, 2015; Niel *et al.*, 2008). Ante o exposto, fica evidente que os profissionais de segurança pública que atuam em eventos violentos e fazem apreensão ou análise de drogas constituem população de risco ao desenvolvimento de TUS, dada as características do trabalho e a facilidade de acesso a diversos tipos de drogas. Tal fato se torna mais relevante considerando que o uso de substâncias favorece o envolvimento do usuário em situações de violência, seja como perpetrador ou como vítima (Bastos *et al.*, 2017).

3.1.6 Ideação suicida

A ideação suicida pode ser entendida como um conjunto de pensamentos de terminar com a própria vida, representando o marco inicial do suicídio já que constitui um elemento desencadeador do comportamento suicida (Lima *et al.*, 2021). O comportamento suicida pode ser conceituado como uma sequência de pensamentos e comportamentos que vão desde a ideação até o suicídio em si (Ganz; Braquehais; Sher, 2010).

Diversas são as evidências da relação entre ideação suicida e depressão (Cuadrado; Fernandez-Arias; García, 2022; Guerrero-Barona *et al.*, 2021), ansiedade

(Guerrero-Barona *et al.*, 2021), desesperança (Cuadrado; Fernandez-Arias; García, 2022), síndrome de burnout (Corsi *et al.*, 2020) e TEPT (Kyron *et al.*, 2021).

Ariapooran, Ahadi & Khezeli (2022), em estudo com enfermeiros que atuavam em um hospital no Irã, identificaram escores mais altos de ideação suicida entre enfermeiros que apresentaram sintomas de ETS quando comparados àqueles sem os sintomas deste transtorno. Uma revisão integrativa apontou que o risco de suicídio em profissionais de enfermagem estava associado à presença de sintomas de depressão e altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, características típicas de BO (Silva *et al.*, 2015).

Estudos evidenciam a associação entre transtornos mentais e ideação suicida na segurança pública, evidenciando que os policiais são uma população de risco para esses agravos. Njiro *et al.* (2021) identificaram sinais e sintomas de depressão em 19,8% e tendência suicida em 15,4% de uma amostra de policiais da Tanzânia. Os resultados do estudo de Guerrero-Barona *et al.* (2021) com policiais espanhóis indicam que ansiedade e depressão podem prever ideação suicida nessa população. Pesquisa com policiais canadenses apontou associação significativa entre ideação suicida e estresse, ansiedade, depressão, TEPT e transtorno do pânico (Di Nota *et al.*, 2020).

Além dos transtornos mentais, outros fatores também têm sido relacionados à ideação suicida, como uso de drogas ilegais (Kyron *et al.*, 2021), isolamento social (Corsi *et al.*, 2020), história pessoal e o fato de morar sozinho (Cuadrado; Fernandez-Arias; García, 2022), assim como aspectos relacionados ao trabalho, assédio moral, ausência de lazer, sobrecarga profissional, conflitos entre a família e o trabalho (Corsi *et al.*, 2020) e impacto negativo do trabalho na vida privada (Kyron *et al.*, 2021).

Torna-se, portanto, importante investigar o risco de suicídio em profissionais da polícia científica para que medidas preventivas possam ser tomadas, tendo em vista que seu trabalho gera sobrecarga emocional e pode favorecer ao desenvolvimento de transtornos mentais.

4 MODELO TEÓRICO DA SOBRECARGA EMOCIONAL E DA FADIGA POR COMPAIXÃO NO TRABALHO FORENSE

O adoecimento psíquico decorrente da exposição à violência, como todo processo de saúde e adoecimento, sofre a influência de vários fatores, que vão desde aqueles proximais, representados pelas características individuais das pessoas, perpassando por fatores intermediários, como questões comportamentais, estilo de vida, rede de apoio e condições de vida e trabalho; até fatores mais distais, localizados em um nível macroestrutural, que estão relacionados a condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade (CNDSS, 2008).

Estudos mostram que a exposição frequente de policiais a situações de violência os torna vulneráveis e suscetíveis à apresentação dos mais variados sofrimentos psíquicos, se comparados ao restante da população (Da Cunha *et al.*, 2019; Odgers; Russell, 2017; Santos; Hauer; Furtado, 2019). Sendo assim, é de suma importância compreender como a violência pode afetar a saúde mental de determinados grupos populacionais, como é o caso daqueles que vivenciam situações de violência na sua rotina de trabalho, a partir dos diversos Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

Existe uma distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e o de grupos populacionais, visto que os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, não conseguindo explicar as diferenças nos níveis de saúde entre diferentes grupos de uma sociedade, visto que tais diferenças estão mais relacionadas aos DSS (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Sendo assim, todos os fatores ora mencionados interferem no adoecimento psicoemocional dos profissionais de perícia forense, requerendo, portanto, ações preventivas elaboradas a partir da atuação nos mais variados níveis (distal, intermediários e proximal), dada a complexidade do problema.

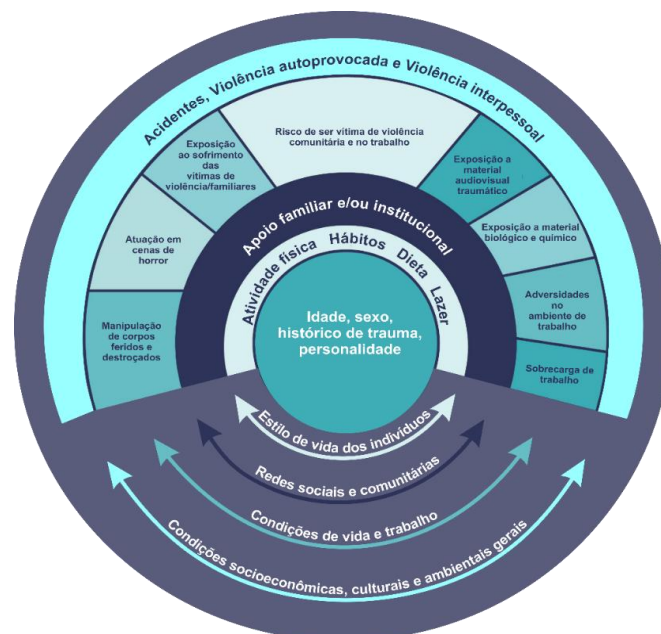
O modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead¹ inclui os DSS dispostos em diferentes camadas segundo seu nível de abrangência, indo de uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se

¹ Göran Dahlgren e Margaret Whitehead são pesquisadores suecos e britânicos, respectivamente, conhecidos por desenvolverem em 1991 o influente "Modelo Arco-Íris" de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Este modelo mapeia como fatores individuais, comunitários, de vida/trabalho e macroeconômicos influenciam as desigualdades em saúde.

situam os macrodeterminantes. Nesse modelo, os indivíduos, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que exercem influência sobre suas condições de saúde, estão na camada mais interna. Na camada imediatamente externa, situada no limite entre os fatores individuais e os DSS, estão os comportamentos e os estilos de vida individuais. A próxima camada corresponde à influência das redes comunitárias e de apoio, que expressa o nível de coesão social, o que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. O nível seguinte está representado por fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, indicando que as pessoas em desvantagem social e aquelas expostas a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho correm um risco diferenciado de adoecer. Situados no último nível, estão os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, que possuem grande influência sobre as demais camadas (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Os fatores que influenciam o sofrimento psíquico do profissional de perícia forense podem ser visualizados na Figura 1, que representa um modelo de determinação social do adoecimento psicoemocional naqueles profissionais decorrente da exposição à violência elaborado a partir de uma adaptação do modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.

Figura 1 - Modelo de determinação social do adoecimento psicoemocional decorrente da exposição à violência em profissionais de perícia forense.



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado do modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.

Nesse contexto, em um nível macroestrutural, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais da sociedade atual estão relacionadas a elevados índices de acidentes e violências, seja autoprovocada ou interpessoal (comunitária e doméstica), eventos estes que apresentam natureza cada vez mais grotesca. Tal fato promove elevadas demandas de trabalho para os profissionais que lidam com as consequências da violência, como é o caso dos policiais de perícia forense.

O maior volume, gravidade e complexidade dos crimes corroboram para condições de vida e trabalho cada vez mais desfavoráveis, visto que, além de presenciarem rotineiramente situações de violência contra terceiros na sua rotina de trabalho, aqueles profissionais ainda estão sujeitos a serem vítimas diretas da violência interpessoal dentro e fora do trabalho.

O comprometimento psicoemocional pode se tornar ainda mais grave diante da ausência de uma rede de apoio (familiar e/ou institucional) e da presença de um estilo de vida não saudável (dieta inadequada; sedentarismo; ausência de atividades de lazer; e adoção de comportamentos de risco, como tagabismo e/ou alcoolismo). Soma-se aos determinantes sociais da saúde, fatores individuais que podem favorecer o adoecimento psíquico, como histórico pessoal de trauma, personalidade, dentre outros (Figura 2).

Figura 2 - Modelo teórico da sobrecarga emocional no trabalho forense decorrente da exposição à violência.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.1 Fatores de riscos de sobrecarga emocional

No trabalho forense, a sobrecarga física e emocional se faz presente devido às próprias características inerentes à atividade pericial, que expõem os profissionais à violência direta, quando eles são a vítima, e indireta, decorrente do trabalho com as vítimas de violência. Inúmeras são as situações de exposição, dentre elas a manipulação de cadáveres em diversos estágios; o exame de corpo de delito em vítimas de violência e o contato com os familiares em sofrimento; a atuação em cenas grotescas de homicídios, suicídios e acidentes; a exposição a detalhes de crimes em investigações a partir de material audiovisual traumático; e a responsabilidade pelo laudo pericial. Além disso, os policiais forenses também estão sujeitos à violência física, sobretudo durante perícia em local de crime, assim como psicológica e moral por parte de colegas e superiores, como em qualquer atividade laboral. Tais situações são potencialmente desencadeadoras de alterações psíquicas que podem se manifestar de várias formas, desde sintomas leves de estresse e ansiedade até o desencadeamento de transtornos graves e ideação suicida.

4.1.1 Exame cadavérico: a rotina de trabalho com os mortos

A morte é um tema sobre o qual a sociedade evita falar, visto que expõe a fragilidade humana diante da finitude da vida e remete a inquietações e temores sobre o que acontecerá depois, fazendo com que o sofrimento diante da perda seja escondido e silencioso. Nesse contexto, os profissionais que lidam cotidianamente com a morte, sobretudo aquela que é fruto de violência, também se veem privados de falar sobre o seu trabalho, podendo, inclusive, serem estigmatizados, posto que o trabalho com a morte não é considerado o “normal”, já que ela é algo indesejável (Cavedon, 2010).

O trabalho com os mortos nem sempre é uma escolha. Em muitas vezes, ele pode ser uma alternativa diante da falta de opções melhores de trabalho (Paula; Ruiz, 2020). A execução de atividades relacionadas a trabalhos repugnantes, desagradáveis e que envolvem pessoas mortas trazem riscos variados para a saúde, tanto físicos quanto psicoemocionais (Silva; Lopes; Silva, 2015). O manuseio do cadáver é feito pelo auxiliar de perícia necrotomista, que lida diretamente com o corpo, do início ao fim do exame cadavérico, sob a orientação do médico perito legista, que fica fazendo suas anotações em um prontuário (Silva; Lopes; Silva, 2015).

O exame cadavérico está entre os trabalhos considerados repugnantes (Barros; Silva, 2004; Silva; Lopes; Silva, 2015). Esse tipo de trabalho é similar a outras

ocupações que lidam com produtos de aspectos sensoriais desagradáveis, como esgoto, lixo, fluidos corporais e aquelas que lidam diretamente com cadáver, como o cozeiro, o agente funerário (Ashforth; Kreiner, 1999).

O fato de trabalhar com mortos, manuseando os cadáveres, sobretudo vítimas de violência, tem sido apontado, em alguns estudos, como fonte de sofrimento psíquico por profissionais que realizam necrópsias (Lima-Silva *et al.*, 2021; Paula; Ruiz, 2020; Silva; Lopes; Silva, 2015; Silva *et al.*, 2016). Em estudo de Paula e Ruiz (2020), auxiliares de necrópsia relataram que seu trabalho interferia no fator psicológico, desencadeando manifestações de tristeza e choro ao lidar com os cadáveres e as famílias das pessoas falecidas, além de sofrerem e passarem por momentos depressivos, mesmo fora do trabalho, devido a questões vivenciadas no seu dia-a-dia.

Ademais, alguns tipos de corpos se apresentam como capazes de despertar emoções mais intensas, como aqueles em estado de putrefação (Silva; Lopes; Silva, 2015); morte de crianças, principalmente as vítimas de mortes violentas envolvendo abuso ou crimes brutais (Lima-Silva *et al.*, 2021; Paula; Ruiz, 2020); mortes decorrentes de acidentes, na qual o corpo fica fragmentado em múltiplas partes; e morte de pessoas conhecidas, com quem o profissional tinha alguma ligação emocional intensa, como familiares e amigos, situação que chega a comprometer a capacidade técnica do profissional, dada a incapacidade de dissociar o ser humano morto do objeto de trabalho (Paula; Ruiz, 2020).

As experiências sensoriais vivenciadas no trabalho com mortos também configuram como fator que produz efeitos psicoemocionais negativos, principalmente no início da carreira, quando as estratégias de defesa ainda não estão consolidadas. A visualização de cadáveres em diferentes situações, assim como a visualização de seus rostos; o cheiro desagradável dos cadáveres, alguns em estágio avançado de putrefação exalando forte odor fétido; imagens de parasitas e insetos necrófagos saindo dos corpos em decomposição e o contato manual com seus tecidos amolecidos são experiências sensoriais marcantes que mexem com o psicológico dos necrotomistas, que, muitas vezes, carregam no próprio corpo o mau cheiro do seu ambiente de trabalho (Lima-Silva *et al.*, 2021).

Nesse contexto, muitos profissionais forenses, principalmente os que lidam diretamente com a morte, podem desenvolver uma espécie de temor constante na sua vida pessoal, ao imaginar que as situações vivenciadas pelas vítimas que atendem também possam ocorrer consigo ou com seus entes queridos. Desse modo, muitos tendem a mudar

seus hábitos de vida e de seus familiares, tornando-se mais precavidos, dada a evidenciação, na sua rotina de trabalho com mortos, da volatilidade da vida, que pode se esvaír repentinamente, muitas vezes por causas banais e corriqueiras (Paula; Ruiz, 2020).

A sobrecarga emocional do trabalho com mortes violentas faz com que os profissionais busquem desenvolver estratégias de *coping* com vistas à “proteção” da sua saúde mental. Dentre tais estratégias, estão a utilização de brincadeiras e descontração, com uso de piadas, risos e expressões jocosas como forma de amenizar o clima pesado; assim como o uso da despersonalização/coisificação do seu objeto de trabalho, a partir do qual o corpo não é visto como um ser humano, mas como um objeto a ser trabalhado do ponto de vista técnico, reduzido a órgãos e lesões (Barros; Silva, 2004; Cavedon, 2010; Lima-Silva, 2021; Paula; Ruiz, 2020; Silva; Lopes; Silva, 2015; Silva *et al.*, 2016). Tais estratégias fazem com que haja uma adaptação do indivíduo a esse tipo de trabalho, apesar de poderem levar ao desenvolvimento de uma “frieza” emocional (Paula; Ruiz, 2020; Silva; Lopes; Silva, 2015).

Acrescente-se, ainda, que a adesão à religião e o consumo de álcool também têm sido utilizados como estratégias defensivas de adaptação à sobrecarga emocional existente no trabalho de necrotomistas, o qual é gerador de tensão e ansiedade (Lima-Silva *et al.*, 2021; Paula; Ruiz, 2020). Nesse contexto, muitos profissionais optam por desistir da carreira por não conseguirem desenvolver estratégias de enfrentamento da situação traumática (Cavedon, 2010; Silva; Lopes; Silva, 2015),

4.1.2 Exame de corpo de delito: lidando com o sofrimento das vítimas de violência e de seus familiares

O processo empático decorrente da prática profissional na perícia forense demonstra uma espécie de transferência da situação vivenciada pelo outro para sua própria vida, quando o profissional se imagina no lugar do familiar em sofrimento na suposição de que a vítima poderia ter sido um ente querido seu (Lima-Silva *et al.*, 2021). Os laços de empatia dos profissionais para com as vítimas de violência e seus familiares podem ser intensificados por um processo de identificação da história de vida do profissional (ser pai, marido ou irmão, por exemplo) com aquela associada à maneira como a violência ocorreu (Paula; Ruiz, 2020). Tal processo representa a existência de sentimentos de perturbação e desconforto que são sentidos por alguém quando se observa o outro sofrendo, em perigo ou desvantagem (Sampaio; Camino; Roazzi, 2009).

Os sentimentos despertados pelas vítimas de violência nos profissionais que as atende, seja de aproximação ou distanciamento, podem estar relacionados ao gênero do profissional e à natureza da violência sofrida, sendo a violência sexual a geradora de sentimentos mais intensos.

Em estudo de Eizirik *et al.* (2007) com residentes de psiquiatria terapeutas de vítimas de trauma psíquico decorrente de violência sexual na infância, violência sexual atual e violência urbana, foi observado que a natureza do trauma influenciou de forma significativa o padrão contra transferencial dos profissionais, havendo predominância de sentimentos de aproximação das terapeutas do sexo feminino no atendimento às vítimas de ambos os tipos de violência. Com relação aos profissionais do sexo masculino, os sentimentos de aproximação predominaram somente nos atendimentos às vítimas de violência sexual; enquanto os sentimentos de distanciamento foram mais prevalentes nos atendimentos de pacientes vítimas de assalto ou com familiares mortos (Eizirik *et al.*, 2007). Tal distanciamento, quando ocorre, pode representar um mecanismo de proteção do profissional, de modo a evitar a própria dor psíquica (Eizirik *et al.*, 2006).

O fato de lidar com as famílias em sofrimento é bastante desgastante para os profissionais forenses, sendo apontado, pelos próprios profissionais, em estudo de Paula; Ruiz (2020) com profissionais do necrotério da PEFOCE, como uma situação mais difícil e carregada emocionalmente do que lidar com os cadáveres.

Em estudo de Silva, Lopes e Silva (2015), profissionais que realizavam necrópsia no Instituto de Polícia Científica da Paraíba afirmaram existir uma pressão exercida pela família para agilizar a liberação do corpo, sendo caracterizada, pelos autores, como fator de risco psicológico àqueles profissionais. Ademais, o momento do reconhecimento do corpo é permeado por alta carga emocional, dada as mais variadas formas de manifestação do sofrimento pelo familiar da vítima (Lima-Silva *et al.*, 2021).

Ante o exposto, é importante o profissional desenvolver um contato empático com a pessoa atendida numa medida em que seja possível preservar a sua capacidade de pensar e de sobreviver ao intenso sofrimento despertado em ambos (Eizirik *et al.*, 2006), ou seja, os profissionais forenses devem ter a empatia suficiente para melhor atender as vítimas de violência e seus familiares sem, no entanto, comprometerem a sua capacidade técnica e a sua saúde mental, constituindo, portanto, um desafio.

4.1.3 Local de crime ou acidente: o cenário trágico e dinâmico permeado de emoções

O trabalho de perícia em local de crime é permeado por incertezas, visto que grande parte da atividade pericial está ligada ao imprevisto. A situação de tensão gerada pela necessidade de estar à disposição de um atendimento sobre o qual não se sabe exatamente o momento quando irá ocorrer nem o que surgirá naquele caso induz, nos profissionais da perícia criminal, uma sensação de “emoção” e “adrenalina” que está diretamente relacionada à intensidade dos afetos. Soma-se a isso, as adversidades que podem se apresentar durante os atendimentos, como a atuação em áreas de risco, o enfrentamento das marcas da violência, as condições de trabalho insalubres e o perigo iminente à própria vida (Cavedon; Amador, 2012).

As pessoas que trabalham no local do crime podem ser expostas a vários perigos à saúde e à segurança, muitos dos quais não podem ser identificados de forma imediata, visto que podem surgir no decorrer do exame pericial. Dentre tais perigos, estão o contato com substâncias químicas, material biológico contaminado, artefatos explosivos não detonados e armas de fogo; fatores ambientais adversos, como frio ou calor excessivo; estruturas inseguras em locais de crimes de explosão e/ou incêndio; ambiente inseguro pela possibilidade do suspeito de cometer o crime ainda estar na área periciada; além da possibilidade de exposição a objetos pontiagudos, radiológicos, riscos nucleares e elétricos, gases, etc. (Unodc, 2010).

Ao chegar em um local de ocorrência de homicídio, o perito pode encontrar o corpo em diferentes estados, desde o parcialmente preservado, com poucos ferimentos, até as formas mais impactantes, como partes corporais ou corpos em decomposição (Cavedon; Amador, 2012). Além disso, a carga emocional no trabalho de investigação pode mudar de acordo com o tipo de crime. Estudo realizado por Roach; Cartwright; Sharratt (2017) identificou que policiais investigadores de homicídios experimentam diferentes efeitos cognitivos e emocionais, em tipo e intensidade, ao investigar homicídios de crianças, sendo as investigações de homicídios infantis geradoras de efeitos emocionais significativamente mais difíceis de lidar do que os de homicídios de adultos, levando ao maior envolvimento emocional dos policiais e maior ocorrência de pensamentos intrusivos quando os profissionais não estão no trabalho (Oxburgh *et al.*, 2015; Roach; Cartwright; Sharratt, 2017).

As experiências visuais de eventos violentos também são marcantes no aspecto psicoemocional. Porém, é possível aumentar o patamar de tolerância emocional

para com a violência pela exposição exaustiva da sensibilidade humana a cenas de horror, à visão do sofrimento de semelhantes e à contemplação de corpos maltratados, feridos, destroçados, fazendo com que a pessoa exposta se torne relativamente indiferente (Kehl, 2015). Tal fato pode representar mais um mecanismo de resiliência humana como forma de proteção.

Entretanto, o trabalho em local de crime, além de possuir riscos químicos, físicos, biológicos e emocionais, exige estado de atenção e alerta intenso, pois cada situação se apresenta como oportunidade única, não havendo possibilidade de erro por não haver mais chance de voltar e corrigir a falha; além do fato de que o laudo pericial, ao afirmar que a evidência está ligada ao crime, é tomado como verdade pela autoridade judicial (Cavedon, 2010).

A tensão decorrente do próprio exame pericial pode ser intensificada pela presença da família no local a ser periciado, o que gera um impacto emocional na realização do trabalho do perito e exige do mesmo um esforço extra para que a sua imparcialidade, necessária à realização do seu trabalho, não seja afetada pelo sofrimento e desespero dos familiares (Cavedon; Amador, 2012).

Desse modo, o trabalho em local de crime pode ser complexo do ponto de vista emocional, podendo haver a necessidade de acompanhamento psicológico da equipe pericial depois de realizá-lo (Unodc, 2010).

4.1.4 Exposição a material audiovisual traumático na investigação de crime de abuso infantil

A exposição frequente de profissionais forenses a detalhes gráficos de crimes contra crianças os torna suscetíveis a diversos problemas sociais e emocionais decorrentes da natureza de seu trabalho (Fansher; Zedaker; Brady, 2020). Desse modo, a investigação de exploração/abuso de crianças em computadores é um segmento do policiamento associado a altos níveis de estresse no trabalho, contribuindo, potencialmente, para o desenvolvimento de transtornos mentais e outros problemas relacionados à saúde (Tomyn *et al.*, 2015).

Como visto anteriormente, a exposição repetida a detalhes relacionados a abuso infantil, inclusive por meio de mídias eletrônicas, filmes ou fotografias, desde que seja decorrente do trabalho, é capaz de causar TETP (APA, 2013), posto que esse tipo de trabalho exige que os indivíduos realizem uma série de tarefas para identificar vítimas e

localizar os perpetradores. Essas tarefas podem incluir a visualização de imagens em fotos e vídeos de crianças sendo agredidas sexualmente e torturadas, levando os indivíduos envolvidos que realizam este trabalho ao maior risco de sofrer ETS decorrente da exposição aos sons e imagens gráficas (Burns *et al.*, 2008).

Nesse sentido, o impacto psicológico da visualização de mídia perturbadora no trabalho de investigadores forenses em computador merece atenção especial, visto que esses profissionais estão em risco de desenvolverem transtornos mentais, sobretudo ETS e BO. Em estudo com funcionários da Força-Tarefa de Crimes na Internet contra Crianças nos Estados Unidos, evidenciou-se que um em cada quatro funcionários exibiu baixa SC e elevados níveis de BO e ETS, estando associados à exposição indireta frequente a materiais perturbadores, baixo suporte organizacional e sentir-se sobrecarregado no trabalho (Brady, 2017).

Perez *et al.* (2010) identificaram relação entre a maior exposição à mídia perturbadora e níveis mais altos de TETS e esgotamento, além de baixo bem-estar psicológico de profissionais forenses investigadores de casos de pornografia infantil no computador. Além disso, os investigadores com pior saúde psicológica experimentaram uma sensação de maior proteção de seus entes queridos e maior desconfiança dos outros.

No entanto, para conseguirem lidar com fontes potencialmente significativas de estresse negativo no local de trabalho, os profissionais que lidam com esse tipo de material traumático podem desenvolver mecanismos de resiliência, facilitado pelo apoio social organizacional e informal, de modo a se tornarem capazes de suportar a natureza conflitante do seu trabalho (Tomy *et al.*, 2015).

4.1.5 A responsabilidade pela construção do laudo pericial

A responsabilidade pela construção dos laudos periciais também tem sido apontada como fonte de sofrimento psíquico pelos peritos, visto que estes profissionais são representantes legais do Estado cuja função é elencar provas e a *causa mortis* do sujeito, contribuindo com a Justiça (Silva; Lopes; Silva, 2015). A responsabilidade do trabalho da perícia de elaborar o laudo pericial induz a uma sobrecarga emocional, dado que, na medida em que o perito tem fé pública, ele precisa estar atendo à elaboração do laudo pericial, já que este é capaz de liberar um culpado ou culpar um inocente (Cavedon, 2010).

A prova material é constituída de um conjunto de análises técnicas e científicas oriundas de exames realizados por diversas especialidades da perícia criminal e que resultarão em laudos que geralmente se complementam. No entanto, eventualmente, podem haver divergências entre os laudos, situações nas quais os peritos responsáveis pelos exames podem ser convocados a esclarecê-las em audiência. Vale salientar que o sistema de justiça nem sempre compreende o trabalho pericial e as suas limitações, fazendo com que, muitas vezes, os profissionais de perícia se deparem com demandas judiciais desconfortáveis decorrentes da requisição de exames que não podem ser realizados por razões técnicas, do excesso de convocações para audiências ou da imposição de prazos inexecutáveis (Brasil, 2022).

Há, ainda, os casos em que não é possível elaborar um laudo que auxilie na resolução de um crime, situações nas quais não foram identificados vestígios que possibilitassem uma análise relevante do caso, gerando laudos inconclusivos. Tal fato pode levar a uma frustração ou sensação de impotência do perito diante da experimentação do limite e da impossibilidade de colaborar com a elucidação do crime, sendo a sua atividade impedida uma fonte de sofrimento (Cavedon; Amador, 2012).

Nesse contexto, o trabalho pericial junto ao sistema de justiça criminal constitui potencial fonte de sobrecarga psíquica nos peritos, dada a responsabilidade a eles imputada desde a construção do laudo pericial, a preocupação com a terminologia adequada a ser utilizada nesses laudos até o possível comparecimento a audiências judiciais para prestar esclarecimentos sobre o mesmo.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Analisar a prevalência de fadiga por compaixão e sua associação com a exposição ocupacional à violência e risco de adoecimento psíquico entre policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE).

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, laboral e os hábitos de vida relacionados à saúde dos policiais da PEFOCE, bem como os diferentes tipos de exposição ocupacional à violência e ao sofrimento humano;
- Estimar a prevalência de fadiga por compaixão entre os policiais da PEFOCE;
- Estimar a prevalência de suspeição para transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão), risco para suicídio e transtorno por uso de substâncias na população em estudo;
- Identificar fatores sociodemográficos, laborais e psicossociais associados à fadiga por compaixão entre os participantes;
- Analisar a associação entre fadiga por compaixão, exposição à violência ocupacional e os diferentes desfechos de adoecimento psíquico entre os policiais da PEFOCE.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo seccional, do tipo analítico, recorte do projeto de pesquisa intitulado “Violência vivida, condições de saúde e adoecimento entre policiais civis e militares do estado do Ceará”. No estudo seccional, as informações obtidas referem-se ao mesmo momento, fazendo uso de dados individuais, sendo adequados para obtenção de estimativas populacionais de prevalências e médias (Bloch; Coutinho, 2009). A abordagem quantitativa permite analisar a relação entre variáveis com intuito de responder hipóteses e questões pré-determinadas, viabilizando, a partir da análise de uma amostra populacional, a descrição numérica de tendências (Creswell, 2010).

6.2 Cenário do estudo

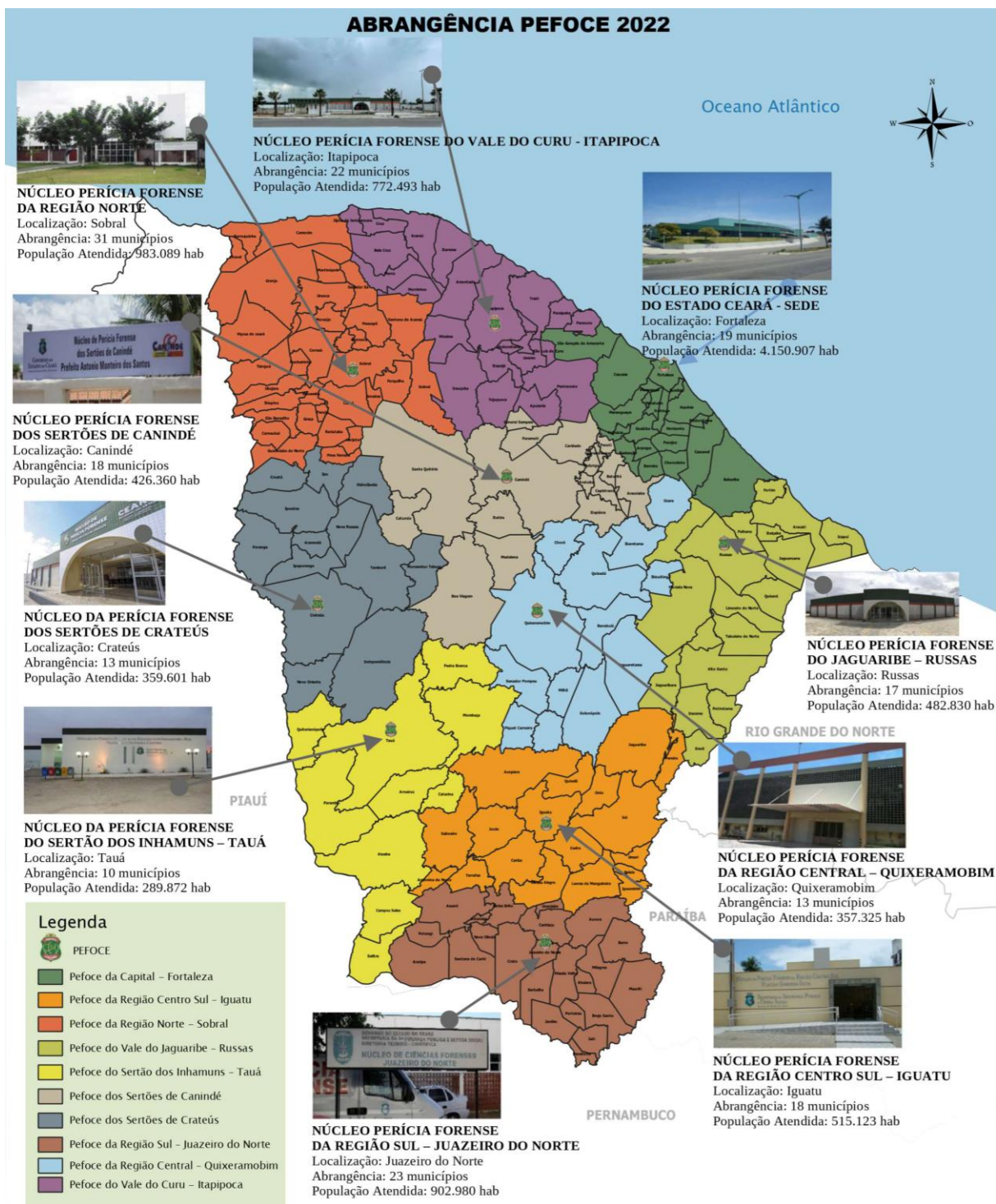
O estudo ocorreu na PEFOCE, órgão técnico-científico que foi criado por meio da Lei nº 14.055, de 07 de janeiro de 2008, e regulamentado pelo Decreto nº 30.485, de 06 de abril de 2011, incorporando as atividades dos extintos Instituto de Identificação, Instituto de Criminalística e Instituto Médico Legal, antes pertencentes à estrutura organizacional da Superintendência da Polícia Civil, além da criação da Coordenadoria dos Laboratórios de Perícia Forense (Ceará, 2008a; 2011).

A instituição possui sua sede na capital, Fortaleza, e, no período da pesquisa, possuía mais nove núcleos no interior do Estado, situados nas seguintes regiões/cidades: Região Norte (Sobral), Região Sul (Juazeiro do Norte), Região Central (Quixeramobim), Região dos Sertões de Canindé (Canindé), Região Centro Sul (Iguatu), Região do Sertão dos Inhamuns (Tauá), Região do Vale do Jaguaribe (Russas), Região Sertões de Crateús (Crateús) e Região do Vale do Curu (Itapipoca). Além disso, fora da sede, a capital dispõe de 03 Núcleos de atendimento de perícia médico-legal e prédio da direção da Coordenadoria de Identificação Humana e Perícias Biométricas/CIHPB (Figura 3).

Sua estrutura organizacional é composta por Direção Superior; Gerência Superior; Órgão de Assessoramento Superior; Órgãos de Execução Programática, compostos pela Coordenadoria de Medicina Legal (COMEL), Coordenadoria de Perícia Criminal (COPEC), Coordenadoria de Identificação Humana e Perícias Biométricas (CIHPB) e Coordenadoria de Análises Laboratoriais Forenses (CALF); e Órgãos de Execução Instrumental, compostos pela

Coordenadoria de Planejamento e Gestão (CPLAG) e Coordenadoria de Tecnologia da Informação (CTI) (Ceará, 2008b; 2018).

Figura 3 - Mapa das Unidades da Perícia Forense do Estado do Ceará, 2022.



Fonte: Ceará (2022b).

Os órgãos de execução programática da PEFOCE são os responsáveis pelas funções

típicas da Corporação, cabendo, dentre outras funções,

apoiar a atividade de polícia judiciária na prevenção e investigação de delitos, desastres e sinistros, executando perícias e realizando pesquisas e estudos destinados à execução dos exames de corpo de delito para comprovação da materialidade das infrações penais e de sua autoria, relacionados aos campos da Criminalística, Medicina Legal, Odontologia Legal e Identificação Papiloscópica (Ceará, 2011, p. 5).

Nesse sentido, o estudo foi realizado junto aos seguintes núcleos das quatro coordenadorias, descritos a seguir, cujas atividades estabelecidas no Regulamento Geral da PEFOCE (Ceará, 2011) representam maior risco de exposição a situação/material traumático:

- a) COMEL, responsável pelos exames periciais e pesquisas médico e odonto legais de interesse às investigações criminais, sendo composta por:
- Núcleo de Traumatologia Forense (NUTFO), responsável pelos exames médico legais em vivos, com o objetivo de constatar danos físicos com foco na determinação da ação lesiva e suas consequências (Brasil, 2022);
 - Setor de Psiquiatria Forense;
 - Núcleo de Odontologia Forense (NODOF), que avalia os danos corporais no complexo maxilo-mandibular, além de auxiliar na identificação e estimativa de idade de cadáveres e ossadas;
 - Núcleo de Tanatologia Forense (NUTAF), que realiza exames necroscópicos em vítimas de violência e acidentes e de corpos não identificados, além de exames cadavéricos em corpos com avançado estado de decomposição, carbonizados e ossadas, por meio Serviço de Antropologia Forense;
 - Núcleo de Atendimento especial à mulher, criança e adolescente (NAMCA), que faz perícias médico legais em suspeitos e vítimas de crimes contra os costumes, estando, geralmente, relacionado a crimes sexuais;
 - Núcleo de Atendimento ao Custodiado (NUAC);
 - Núcleo de Atendimento Integrado (NAI);
 - Núcleo de Atendimento à Vítima (NAV), instalado junto à Casa da Criança e do Adolescente;
 - Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas do Interior, que realiza atividades relatadas nos diversos núcleos anteriores;
- b) Coordenadoria de Perícia Criminal (COPEC), cuja responsabilidade é dirigir, coordenar e executar, em todo o Estado, os exames periciais e as pesquisas de assuntos inerentes à criminalística, sendo composta por:
- Núcleo de Perícia Externa (NUPEX), que realiza, sobretudo, perícias em locais

de crimes, contra a pessoa, contra o patrimônio, bem como em acidentes de trânsito com vítimas fatais, com o objetivo de identificar informações que possam informar o que aconteceu de fato, os envolvidos (suspeito e vítima), a forma, o local e o momento em que se deu o crime, os meios utilizados e a motivação do crime (Brasil, 2022);

- Núcleo de Perícia em Tecnologia e Apoio Técnico (NUPTAT), responsável pelas perícias relativas aos crimes de informática, em materiais fotográficos, de áudio e vídeo, dentre outros. Atua por meio da extração, pesquisa e recuperação de dados relacionados a crimes comuns, extração de dados de dispositivos móveis, dispositivos de informática e da nuvem (sites e redes sociais), além da captação de áudio e vídeo, sendo muito utilizada na investigação de crimes de abuso sexual pelo armazenamento e compartilhamento de material pornográfico envolvendo crianças e adolescentes (Brasil, 2022);

- Núcleo de Balística Forense (NUBAF), responsável por executar exames periciais em armas de fogo, estojos, projéteis e munições encontradas nos locais de crime, com o objetivo de identificar e analisar a eficiência em armas e munições, determinar distância de disparo de arma de fogo e estabelecer correlação entre projéteis/estojos de cartuchos e armas (Brasil, 2022);

- Núcleo de Perícia em Engenharia Legal e Meio Ambiente (NPELM), que realiza perícias em local de acidentes relacionados à engenharia legal e meio ambiente, como explosões, incêndios e desabamentos;

- Núcleo de Perícia Criminal do Interior, que realiza as perícias criminalísticas no interior do Estado;

c) Coordenadoria de Identificação Humana e Perícias Biométricas (CIHPB), que tem como responsabilidade dirigir, coordenar e executar os serviços, os exames papiloscópicos e as pesquisas de assuntos referentes à identificação civil e criminal, subsidiando e apoiando as demais unidades periciais da PEFOCE a partir dos seguintes Núcleos:

- Núcleo de Identificação Criminal (NUICR), que executa os procedimentos indicados para a identificação criminal e emissão de atestados de antecedentes criminais;

- Núcleo de Classificação e Perícias Papiloscópicas (NUCPP), que faz a classificação, confronto de impressões digitais e perícias papiloscópicas;

- Núcleo de Identificação Civil e Criminal do Interior, que realiza ações referentes aos núcleos acima citados, além das ações do Núcleo de Identificação Civil;

d) Coordenadoria de Análises Laboratoriais Forenses (CALF), com a função de dirigir, coordenar e executar as atividades laboratoriais de interesse às investigações criminais, subsidiando e apoiando as demais unidades periciais da PEFOCE aplicadas à Medicina Legal, à Odontologia Legal e à Criminalística, para atendimento na área criminal:

- Núcleo de Química Forense (NUQFO), que realiza exames químicos em explosivos e produtos suspeitos de adulteração na sua área de competência;

- Núcleo de Bioquímica e Biologia Forense (NUBBF), cuja função é realizar perícias, testes e exames em amostras coletadas de suspeitos e vítimas de crimes contra os costumes, além da constatação de matéria orgânica (sêmen e sangue humano) em vestígios apreendidos em local de crime;

- Núcleo de Perícia em DNA Forense (NUPDF), que realiza exames para identificação de DNA, dentro da sua área de competência;

- Núcleo de Toxicologia Forense (NUTOF), cuja função é realizar exames periciais em matérias relacionadas ao tráfico de drogas e ao uso/posse de substâncias ilícitas, além de exames toxicológicos quando houver indício/suspeita de intoxicações exógenas, de interesse médico legal e exames de dosagem alcoólica;

- Setor de Patologia Forense, que faz análise macro e microscópica de vestígios biológicos viscerais relacionados a casos em que os achados microscópicos poderão desvendar a causa da morte;

- Núcleo de Análises Laboratoriais do Interior (Juazeiro do Norte, Russas, Sobral, Iguatu), que realiza exames laboratoriais, conforme a competência e possibilidade, e encaminha os exames não realizados à CALF, na capital.

Além dos profissionais lotados nos Núcleos acima citados, também participaram da pesquisa os peritos criminais e auxiliares de perícia que estão lotados no Departamento de Homicídios e Proteção à Pessoa (DHPP).

A PEFOCE possui, ainda, os seguintes núcleos que não foram incluídos na pesquisa devido às atividades não estarem relacionadas com violência: os Núcleos de Controle Cartorial e Expediente, da COMEL, COPEC e CALF, que são responsáveis pelo controle do fluxo de documentos; o Núcleo de Arquivo Onomástico e o Núcleo de Identificação Civil, da CIHPB,

que realizam o arquivamento de prontuários civis e a expedição de carteiras de Identidade Civil, respectivamente; e o Núcleo de Perícia Documentoscópica e Contábil, da COPEC, cuja competência é a realização de perícias em documentos e em prestações de contas relacionadas a delito.

6.3 População de estudo

Realizou-se um censo com o efetivo da PEFOCE que estava em exercício do cargo na atividade fim para a qual foi concursado, há pelo menos seis meses, em qualquer uma das diferentes áreas geográficas do Estado do Ceará. O quadro de pessoal efetivo da PEFOCE é constituído por Médico Perito Legista, Perito Legista, Perito Criminal, Perito Criminal Adjunto e Auxiliar de Perícia (Ceará, 2008a). Em 2022, por meio de Emenda Constitucional Estadual, os ocupantes de cargos e funções na PEFOCE passaram a ser considerados parte integrante da estrutura organizacional da Polícia Civil do Estado para fins funcionais (Ceará, 2022a).

A PEFOCE possui 595 servidores distribuídos nas cinco funções citadas, sendo 583 lotados nos Órgãos de Execução Programática, responsável pelas atividades-fim que, em sua maioria, apresentam exposição direta ou indireta à violência por meio do contato com vítima e familiares, assim como com os perpetradores ou, ainda, materiais/situações relacionados a eventos violentos/traumáticos (Tabela 1).

Tabela 1- Quadro de pessoal da Perícia Forense do Estado do Ceará distribuído segundo categoria profissional, Ceará, 2023.

Função	Lotados nos Órgãos de Execução Programática	Total
Auxiliar de perícia	250	256
Médico Perito Legista	135	138
Perito Criminal	115	114
Perito Legista	46	46
Perito Criminal Adjunto	37	41
Total	583	595

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da PEFOCE.

Nota: A diferença nos totais deve-se ao fato de que há servidores atuando em outros segmentos fora dos órgãos de execução programática, tais como: CPLAG, sindicato, Academia Estadual de Segurança Pública, etc.

Para composição da população deste estudo, foram considerados os profissionais lotados em qualquer uma das quatro Coordenadorias dos Órgãos de Execução Programática

(COMEL, COPEC, CALF e CIHPB), de ambos os sexos, que estivessem ocupando qualquer uma das cinco funções citadas.

Não participaram da população do estudo os profissionais que estavam cedidos para outros segmentos da SSPDS-CE, além daqueles atuantes nos Núcleos de Controle Cartorial e Expediente, da COMEL, COPEC e CALF; no Núcleo de Arquivo Onomástico e no Núcleo de Identificação Civil, da CIHPB; assim como no Núcleo de Perícia Documentoscópica e Contábil, da COPEC, visto que suas atividades lidando com documentos não envolvem exposição a materiais relacionados a risco potencial de eventos traumáticos. Também foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença no período da coleta de dados.

Ao final, foi realizado um censo dos policiais da PEFOCE que aceitassem participar, estimando-se 254 profissionais em Fortaleza e 235 no interior do estado, totalizando 489 participantes distribuídos por localização geográfica e Coordenadoria conforme tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo localização geográfica, função e coordenadoria.

Variável	Fortaleza		Interior		Total	
	n	%	n	%	n	%
Participantes	254	52,0	235	48,0	489	100,0
Função						
Auxiliar de perícia	74	15,1	102	20,9	176	36,0
Médico Perito Legista	62	12,7	73	14,9	135	27,6
Perito Criminal	60	12,3	46	9,4	106	21,7
Perito Legista	39	8,0	06	1,2	45	9,2
Perito Criminal Adjunto	19	3,9	08	1,6	27	5,5
Coordenadoria						
COMEL	107	21,9	137	28,0	244	49,9
COPEC	83	17,0	56	11,4	139	28,4
CALF	46	9,4	11	2,3	57	11,7
CIHPB	18	3,7	31	6,3	49	10,0

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da PEFOCE.

6.4 Coleta de dados

Para coleta dos dados, foi utilizado um questionário *on line* adaptado do instrumento da pesquisa “Violência vivida, condições de saúde e adoecimento entre policiais

civis e militares do estado do Ceará”. Trata-se de um instrumento eletrônico autoaplicável, juntamente ao TCLE virtual, com adaptação às funcionalidades do software *Survey Monkey*®, cujo link foi enviado via WhatsApp aos participantes. Considerando tratar-se de temas sensíveis, os indivíduos receberam um código alfanumérico de uso único para preenchimento do questionário, o qual, após uso, era automaticamente inativado, impedindo o retorno ou visualização de respostas.

A coleta se deu *in loco*, de forma presencial, nos núcleos selecionados, quando os profissionais da PEFOCE foram convidados a participar da pesquisa. No núcleo de Fortaleza, foram realizadas visitas semanais/quinzenais regulares, em dias da semana diferentes. Essa estratégia visou possibilitar a abordagem dos profissionais, independentemente das escalas de plantão. Ao total, foram realizadas 18 visitas no período de setembro de 2022 a setembro de 2023.

Os Núcleos do interior foram visitados nos meses de janeiro e fevereiro de 2023. A pesquisadora esteve presente nos núcleos do interior pelo período de três dias, durante os turnos matutino e vespertino, para cada um dos dois núcleos com maior número de profissionais (Sobral e Juazeiro do Norte) e por um dia para cada um dos demais núcleos. A pesquisadora não permaneceu por mais dias nos núcleos do interior devido ao fato de alguns profissionais costumarem permanecer de plantão por dias sequenciados. Logo, não havia profissionais diferentes no plantão seguinte.

Na ocasião das visitas, os profissionais que estavam em escala de plantão, citados anteriormente, foram abordados presencialmente e convidados a participar. Os profissionais que não estavam de plantão durante a visita foram convidados pelo administrador do Núcleo, pessoalmente ou via whatsapp, a pedido da pesquisadora, a participarem da pesquisa remotamente a partir do contato dos mesmos com a pesquisadora por meio do whatsapp específico para a pesquisa.

Foram coletadas variáveis sociodemográficas e laborais; sobre comportamentos e hábitos relacionados à saúde; situações de exposição à violência; além de informações que identificassem suspeição/risco para transtornos mentais (TMC, ideação suicida, uso de substâncias e FC). Para a escolha dos instrumentos, foram considerados os construtos os quais a pesquisadora se propôs a avaliar, seus parâmetros psicométricos e dados de validação para o contexto brasileiro.

6.5 Instrumentos utilizados

O questionário utilizado neste estudo (APÊNDICE A) contém nove blocos que coletaram informações sobre: 1. Características pessoais; 2. Hábitos de vida; 3. Histórico de doenças; 4. Ansiedade e depressão; 5. Pensamentos sobre a vida; 6. Experiência com álcool e drogas; 7. Condições de trabalho; 8. Fadiga por compaixão; e 9. Experiência com violência. Para efeito desta pesquisa, foi excluído o bloco 3.

6.5.1 Questionário sociodemográfico

Foi utilizado um questionário sociodemográfico e de formação adaptado do questionário original do projeto guarda-chuva (bloco 1), contendo informações sobre idade, sexo, raça, religião, situação conjugal, grau de instrução, área de formação, renda mensal e familiar, satisfação com sua remuneração, ocupação anterior, se o participante estava estudando no momento da pesquisa e se já teve intenção de sair da PEFOCE.

6.5.2 Questionário hábitos de vida

O questionário relativo aos hábitos de vida relacionados à saúde foi o mesmo utilizado no projeto original (bloco 2). Contém informações sobre a qualidade da alimentação, prática de atividade física, lazer e uso de terapias alternativas para a saúde mental.

6.5.3 Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)

O bloco contendo informações sobre ansiedade e depressão (bloco 4) corresponde ao SRQ-20. Esse instrumento foi desenvolvido na década de 70, em estudo colaborativo coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo designado para avaliar a presença de distúrbios psiquiátricos, especialmente em países em desenvolvimento (Beusenber; Orley; Who, 1994), sendo validado no Brasil em vários estudos com população adulta (Gonçalves; Stein; Kapczinski, 2008; Oliveira *et al.*, 2010; Santos; Carvalho; Araújo, 2016).

Utilizado em diversos estudos brasileiros, especialmente em grupos de trabalhadores (Da Silva *et al.*, 2020; Guirado; Pereira, 2016; Perez, 2014; Souza *et al.*, 2010), consiste em um instrumento autoaplicável, contendo 20 questões com escala dicotômica (respostas do tipo sim/não), bastante útil para triagem de TMC em estudos populacionais, por

sugerir a presença/ausência daqueles transtornos a partir da detecção de sintomas percebidos nos últimos 30 dias (Oliveira *et al.*, 2010). Cada resposta afirmativa pontua com valor 1, cujo somatório final pode variar de zero a 20. O ponto de corte 7/8 foi validado por Gonçalves, Stein, Kapczinski (2008), com sensibilidade de 86,33%, especificidade de 89,31% e coeficiente alfa de Cronbach de 0,86. O atingimento ou ultrapassagem do ponto de corte indica a presença de sofrimento mental, ou seja, suspeição de TMC, não oferecendo, no entanto, o diagnóstico do tipo de transtorno (Oliveira *et al.*, 2010).

Vários estudos utilizaram o SRQ-20 para avaliar o sofrimento psíquico entre profissionais da segurança pública, como policiais civis, militares e agentes penitenciários, com prevalência de 20,3 a 37,5% de TMC nos policiais civis; 33,6% entre os militares e 23,57% nos agentes penitenciários². No entanto, não foi detectado estudo utilizando esse instrumento com profissionais de perícia forense no Brasil.

6.5.4 Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS)

As questões relativas aos pensamentos sobre a vida (bloco 5) dizem respeito à Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS), que foi desenvolvida por Orbach *et al.* (1991), sendo composta, originalmente, por 30 itens. Para a adaptação ao contexto brasileiro, foi realizada a análise fatorial dos itens, com posterior seleção daqueles que obtiveram carga fatorial superior a $|0,4|$, de modo a obter uma escala reduzida com 20 questões (Aquino, 2009), versão que foi utilizada neste estudo e que possui igual número de itens para cada um dos quatro fatores: Fator I – Repulsão pela Morte; Fator II - Repulsão pela Vida; Fator III – Atração pela Vida; Fator IV – Atração pela Morte.

As subescalas da versão reduzida apresentaram consistência interna adequadas, com o coeficiente alfa de Cronbach de 0,85 para Repulsão pela Morte; 0,78 para Repulsão pela Vida; 0,80 para Atração pela Vida; e 0,71 para Atração pela Morte (Aquino, 2009). Cada questão apresenta uma escala de resposta de Likert com cinco pontos, com as seguintes opções de resposta: 1. discordo totalmente; 2. discordo; 3. nem concordo nem discordo; 4. concordo; 5. concordo totalmente.

A Teoria Multiatitudinal do Suicídio, segundo Orbach *et al.* (1991), indica que existem quatro atitudes que explicam o comportamento suicida: a atração pela vida, a repulsão pela vida, a atração pela morte e a repulsão pela morte. Nesse contexto, a EMTAS é composta

² Autores que discutem sobre a temática: (Lima *et al.*, 2019; Minayo; Assis; Oliveira, 2011; Oliveira; Araújo; Carvalho, 2014; Pinto; Figueiredo; Souza, 2013; Souza *et al.*, 2007).

de quatro subescalas, cada uma delas referente a um tipo de atitude. A atração pela vida, centrada na resiliência e satisfação com a vida, está relacionada ao apoio social, segurança, necessidade de realização e autoestima, constituindo um fator de proteção ao suicídio. Em contraponto, a repulsão pela vida diz respeito a aspectos relacionados ao sofrimento existencial, que podem desencadear motivações para a autodestruição (Aquino, 2009).

Na atração pela morte, esta é visualizada como um estado superior desejável, onde há paz e tranquilidade, enquanto a repulsão pela morte desencadeia sentimentos de temor perante a morte por ela dar fim às possibilidades de existência do indivíduo (Aquino, 2009). Orbach *et al.* (1991) observaram relação entre ideação suicida e escores elevados nos fatores repulsão pela vida e atração pela morte.

A sumarização da EMTAS se deu a partir de um indicador geral de risco para o suicídio (IGRS), o qual foi baseado em dois subíndices padronizados, o I-V (atração pela vida - repulsão pela vida) e o I-M (atração pela morte - repulsão pela morte), cujas pontuações variam entre 0 (zero) e 1 (um). Ao final, o IGRS, que representa a diferença entre o I-M e o I-V, com variação de -1 a 1, indicou o risco para suicídio, sendo este maior o quanto mais próximo estiver de 1 (um).

6.5.5 Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

O ASSIST, instrumento utilizado para colher informações sobre experiência com álcool e drogas (bloco 6), consiste em um instrumento desenvolvido para triagem do uso de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opioides), composto por oito questões que fornecem informações sobre o uso na vida e nos últimos três meses; problemas relacionados ao uso; risco atual ou futuros problemas decorrentes do uso; indícios de dependência; e uso de drogas injetáveis, além de permitir a investigação sobre outras drogas que não estejam na lista, que podem ser consideradas na categoria outros (Micheli; Formigoni; Ronzani, 2009). Criado com apoio da OMS, caracteriza-se por ser um instrumento que pode ser utilizado por várias culturas e designado para ser administrado por um profissional de saúde (Humeniuk *et al.*, 2010). No entanto, ele também tem sido muito utilizado por entrevistadores treinados e pesquisadores (Silva *et al.*, 2016).

A versão brasileira do ASSIST foi validada por Henrique *et al.* (2004), obtendo-se propriedades psicométricas satisfatórias, com alfa de Cronbach de 0,80 para álcool, 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína, além de bons índices de sensibilidade (variando de 84% a 91%),

especificidade (de 79% a 98%), valores preditivos positivos (80% a 93%) e negativos (85% a 96%).

Cada questão apresenta respostas estruturadas para cada droga pesquisada e cada resposta apresenta um valor numérico. O participante deverá escolher somente um item resposta para cada droga e, ao final, os valores dos itens escolhidos (também chamados de escores ou pontos) foram somados para obtenção de um escore final referente ao envolvimento com substâncias específicas (soma das pontuações para cada classe de droga) ou ao envolvimento total com substâncias (soma dos escores para todas as classes de drogas). A obtenção de escores até 3 (ou escore 10 para álcool) indicam baixo risco; pontuações variando de 4 (ou 11 para álcool) até 26 indicam uso nocivo ou problemático da substância, representando risco moderado; escores de 27 ou mais são indicativos de dependência, representando risco alto de transtornos comportamentais decorrente do uso da substância; já a presença, por si só, de uso de injetável representa um fator de risco (Humeniuk *et al.*, 2010; Micheli; Formigoni; Ronzani, 2009).

Ainda são poucos os estudos utilizando o ASSIST, porém ele já foi utilizado em estudos com profissionais da segurança pública (Melo Neto *et al.*, 2019), apontando elevado uso de substâncias lícitas entre esses profissionais, principalmente do álcool (Melo Neto *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2013). Estudo com policiais do Rio de Janeiro detectou prevalência de uso semanal de álcool em 32,8% e 32,9%, e uso diário de 12,0% e 10,9%, entre policiais civis e militares, respectivamente (Souza *et al.*, 2013). Melo Neto *et al.* (2019) encontraram prevalência de uso na vida de 76,7% para álcool e 28,5% para tabaco entre policiais militares. Porém, não foi detectado estudo investigando a prevalência de uso de substâncias em profissionais de perícia forense no Brasil.

6.5.6 Professional Quality of Life Scale (ProQOL)

Para analisar a presença de satisfação ou fadiga por compaixão, foi utilizada a quarta versão do instrumento *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL-IV), cujas questões correspondem ao bloco 8. Originalmente desenvolvida em inglês, essa escala de qualidade de vida profissional é frequentemente usada em pesquisas e já foi traduzida para várias línguas, sendo a medida mais utilizada dos efeitos positivos e negativos de trabalhar com pessoas que vivenciaram eventos extremamente estressantes (Stamm, 2010).

O ProQOL IV foi traduzido para o contexto brasileiro – ProQOL BR - e validado por Lago e Codo (2013; 2008), sendo obtidas as mesmas propriedades semânticas do

instrumento original. A versão original conta com 30 questões. Porém, ao validar o ProQOL BR, Lago e Codo (2013; 2008) encontraram melhoria nas propriedades psicométricas com a remoção de duas questões, observando alteração do alfa de Cronbach de 0,74 da versão com 30 questões para 0,80 na versão com 28 questões. No entanto, ainda não foram publicados parâmetros de interpretação dos dados do ProQOL BR.

Desse modo, neste estudo, foi utilizada a tradução contendo 30 questões, cujos dados foram analisados a partir das recomendações dispostas no manual de uso do ProQOL 5, o "*The Concise ProQOL Manual*", publicado por Stamm em 2010. A quinta versão é praticamente idêntica à versão anterior, tendo sofrido poucas mudanças gramaticais nas afirmativas, sendo a forma de cálculo dos escores a mesma para ambas as versões (STAMM, 2010).

O instrumento é dividido em três subescalas – SC, BO e ETS, com 10 questões, em cada uma, referentes a crenças e sentimentos experimentados nos últimos 30 dias relacionados ao trabalho com pessoas em sofrimento. As opções de resposta são apresentadas em uma escala de Likert de cinco pontos, com cada item recebendo um valor (1=raramente; 2=poucas vezes; 3=algumas vezes; 4=muitas vezes; 5=quase sempre) que serviu para calcular a pontuação de cada subescala, cujo valor pode atingir até 50 pontos.

Os resultados do ProQOL podem ser analisados de duas formas. A primeira delas se dá a partir de sua forma contínua, por meio da qual é possível estimar o nível de SC, assim como de FC a partir de seus componentes (BO e ETS), classificando-os em baixo (pontuação menor que 23), moderado (23 a 41 pontos) ou alto (acima de 41 pontos). A análise por meio de pontuação contínua foi o método de análise utilizado neste estudo por constituir a melhor forma de análise numa perspectiva estatística (Stamm, 2010).

A outra forma trabalha com pontuações reduzidas para indicar riscos relativos ou fatores de proteção a partir de pontuações de corte. Os cortes são definidos em torno dos percentis 25 e 75 com base no banco de dados, fazendo com que tenham o potencial de serem excessivamente inclusivos, o que leva à maior possibilidade de ter um falso positivo. Visto que o ponto de corte é um critério aplicado artificialmente, pontuações próximas às bordas podem ser particularmente problemáticas, sendo este método de análise recomendado somente como medida de triagem e planejamento de ações corretivas ou de apoio, já que, nesse caso, seria provavelmente menos problemático incluir alguém que não deveria ser incluído do que excluir alguém que deveria ser incluído (Stamm, 2010).

Para um indivíduo, pontuações altas em SC são um reflexo do envolvimento positivo com o trabalho que está sendo feito; enquanto, em BO, representam esgotamento no

trabalho. Altas pontuações em ETS indicam que o indivíduo está sobrecarregado por estar infectado pelo trauma dos outros (Stamm, 2010), ou seja, a existência de um "contágio emocional" relacionado ao trabalho com pessoas em sofrimento (Lago; Codo, 2013). A escala de ETS é a mais relacionada ao conceito de FC definido por Figley (1995) e Stamm (2005).

O ProQOL não fornece uma pontuação composta. Dada a complexidade da relação entre as três escalas, cada uma delas é psicometricamente única e não pode ser combinada com as outras pontuações. Apesar de já ter sido realizado um trabalho considerável para criar uma pontuação de indicador composto, nenhum arranjo satisfatório foi descoberto até o momento (Stamm, 2005).

Para Stamm (2010), a combinação de escalas de SC, BO e ETS pode levar à caracterização de diferentes tipos de pessoas. As que apresentam alta SC, com moderado a baixo BO e ETS, representam aqueles que recebem reforço positivo de seu trabalho e não se sentem sobrecarregados ou com medo notável resultante da sua atuação profissional. Os indivíduos que apresentam alto BO, com moderada a baixa SC e ETS, são pessoas com sentimento de ineficácia e esgotamento, representando um risco individual e para as organizações. Aqueles que possuem alto ETS, com baixo BO e baixa SC, são pessoas que foram sobrecarregadas por uma experiência negativa no trabalho, caracterizada pelo medo relacionado a cuidar de outros que estiveram diretamente em perigo.

É possível que as pessoas relatem pontuações altas em SC combinadas com pontuações altas em FC, sendo comum entre aqueles que mantêm seu desejo altruísta de ajuda ao trabalhar em situações angustiantes, como em guerra ou acampamentos de refugiados (Stamm, 2005). Desse modo, altos ETS e SC com baixo BO representam pessoas altamente eficazes em seu trabalho, marcadas por pensamentos, sentimentos e memórias de experiências traumáticas de outras pessoas misturadas com suas próprias experiências (Stamm, 2010). Normalmente, não se vê pontuações altas em BO e SC juntos (Stamm, 2005).

A combinação de altos ETS e BO com baixa SC é a mais angustiante, e muitas vezes requer avaliação para depressão e TEPT, pois a pessoa se sente sobrecarregada e inútil no ambiente de trabalho, além de assustada, podendo levar à má conduta profissional (Stamm, 2005; 2010).

Apesar de permitir as classificações acima, o ProQOL não é um teste diagnóstico, visto que não há diagnósticos oficiais de FC na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID-10) ou no DSM V. No entanto, ao inferir um saldo de experiências positivas e negativas de um indivíduo ou organização relacionadas ao trabalho, ele é capaz de levantar questões a serem abordadas (Stamm, 2010).

Nos últimos anos, são cada vez mais frequentes os estudos utilizando o ProQOL, principalmente entre profissionais de saúde³. Alguns estudos internacionais com profissionais da segurança pública, incluindo policiais, agentes prisionais e profissionais das ciências forenses, também utilizaram o ProQOL⁴, sendo ausentes no Brasil.

6.5.7 Questionário sobre características do trabalho e exposição à violência

As questões relativas às características do trabalho foram adaptadas do questionário original do projeto guarda-chuva (bloco 7), de modo a coletar informações específicas do trabalho na PEFOCE. Desse modo, ele coleta informações sobre cargo exercido, coordenadoria e núcleo de atuação, município de atuação, tempo de trabalho na segurança pública e regime de escala trabalho, além de conter informações sobre a exposição indireta à violência decorrente do trabalho na PEFOCE. O questionário sobre experiência com violência (bloco 9), que trata da exposição direta dos policiais à violência, não sofreu alterações, permanecendo conforme versão original. Foram mensuradas experiências com violência financeira, moral, psicológica e física.

Devido às particularidades do trabalho na PEFOCE, a adaptação das questões do instrumento original referentes às características do trabalho e exposição à violência foi realizada a partir de consulta a especialistas da instituição, sendo as modificações sugeridas em reunião e estabelecidas por consenso. Os participantes da reunião foram Perito Geral Adjunto e os quatro coordenadores dos órgãos de execução programática (COMEL, COPEC, CIHPB e CALF).

6.6 Variáveis

O desfecho deste estudo foi a FC. As variáveis de exposição correspondem às características sociodemográficas e laborais dos participantes, hábitos de vida relacionados à saúde, a exposição à violência decorrente do trabalho exercido na PEFOCE, seja de forma direta (experiências vividas) ou indireta, além das variáveis relativas aos transtornos mentais (TMC, ideação suicida, TUS).

³ Autores que discutem sobre a temática: (Arena; Oliver; Galiana, 2019; Barbosa; Souza; Moreira, 2014; Ribeiro *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2019; Torres *et al.*, 2019).

⁴ Autores que discutem sobre a temática: (Bell; Hopkin; Forrester, 2019; Levin *et al.*, 2021; Losung *et al.*, 2021).

6.6.1 Variável desfecho: fadiga por compaixão

A variável FC indicou os efeitos da exposição indireta a eventos traumáticos/violentos e foi analisada a partir das questões 139 a 168 do bloco 8 – fadiga por compaixão, correspondentes ao instrumento ProQOL IV (APÊNDICE B), que se referem às escalas de SC (141, 144, 150, 154, 156, 158, 160, 162, 165, 168); BO (139, 142, 146, 148, 153, 155, 157, 159, 164, 167); e ETS (140, 143, 145, 147, 149, 151, 152, 161, 163, 166).

A pontuação do ProQOL se deu em três etapas (Stamm, 2010):

- Passo 1 - Inverter os valores das questões 139, 142, 153, 155 e 167 da seguinte forma: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1);
- Passo 2 – Somar os itens com os novos valores para cada subescala (SC, BO e ETS);
- Passo 3 - Converter as pontuações Z dos escores brutos em pontuações t com média de pontuação bruta = 50 e desvio padrão da pontuação bruta = 10.

O somatório de cada subescala foi realizado, sendo a análise feita por meio de pontuação contínua, de modo a indicar o nível de FC - a partir de seus componentes BO e ETS, e de SC em que os indivíduos se encontram. Os participantes que pontuaram menos de 23 foram considerados de **risco baixo** para o agravo em questão; pontuações de 23 a 41 foram consideradas **risco moderado**; enquanto aquelas acima de 41 representaram **risco alto** (Stamm, 2010). Ao final, as três escalas foram analisadas individualmente e de forma combinada.

6.6.2 Variável transtornos mentais

Os transtornos mentais analisados neste estudo foram: suspeição de TMC, risco para suicídio e TUS (lícitas e ilícitas), mensurados utilizando as escalas já mencionadas anteriormente e calculados como descrito abaixo.

6.6.2.1 Variável TMC

A variável TMC foi analisada a partir das 20 questões referentes ao SRQ-20, que corresponde às perguntas 63 a 82 do bloco 4 – ansiedade e depressão, do questionário desta pesquisa (APÊNDICE C). Foi realizado o somatório das respostas afirmativas, cujo valor, quando igual ou maior a sete (ponto de corte), indicou a presença de sofrimento mental, ou seja, suspeição para TMC.

6.6.2.2 Variável ideação suicida

Para análise da variável ideação suicida, foram consideradas as questões 83 a 102 do bloco 5 – pensamentos sobre a vida, que correspondem às perguntas do EMTAS (APÊNDICE D).

Para sumarizar a EMTAS, foi criado um indicador geral de risco para o suicídio (IGRS), conforme estudo de Alves (2018). Sendo assim, cada questão recebeu uma pontuação que variou de 1 a 5. Em seguida, foi somada a pontuação e obtida a média de cada um dos quatro fatores: Atração pela vida (questões 83, 85, 90, 95, 98); Repulsão pela vida (questões 87, 88, 92, 100, 101); Repulsão pela morte (questões 84, 86, 89, 91, 99); Atração pela morte (questões 93, 94, 96, 97, 102).

A obtenção do IGRS se deu da seguinte forma:

- Passo 1 - Cálculo de subíndices: foram calculados dois subíndices a partir das diferenças entre os fatores de atração e de repulsão pela vida e pela morte: I-V (atração pela vida – repulsão pela vida) e I-M (atração pela morte – repulsão pela morte).
- Passo 2 - Criação de subíndices padronizados: como o cálculo das diferenças pode promover valores negativos, foram criados, posteriormente, subíndices padronizados a partir dos valores máximos e mínimos obtidos em cada subíndice (I-V e I-M), de modo a obter, para cada um deles, valores entre zero (0) e um (1), sendo este último o nível máximo de atração, tanto pela vida quanto pela morte. Desse modo, foram obtidos o $I-V_{pad}$ e o $I-M_{pad}$.

A padronização foi obtida pela seguinte fórmula:

$$I_{pad} = (X - V_{min}) / (V_{max} - V_{min})$$

Onde: X = pontuação bruta; V_{max} = pontuação máxima; V_{min} = pontuação mínima.

- Passo 3 - Obtenção do IGRS: foi realizada a diferença entre os subíndices padronizados de morte e de vida ($I-M_{pad} - I-V_{pad}$), cuja pontuação variou entre -1 e 1. A padronização desse indicador gerou o IGRS, com pontuações variando entre zero (0) e um (1). Quanto mais próximo de 1 (um), maior o risco para suicídio.

O IGRS foi categorizado para análise dos dados brutos da seguinte forma: 0,00 – 0,25 = risco baixo; 0,26 – 0,50 = risco regular; 0,51 – 0,75 = risco alto; 0,76 – 1,00 = risco muito alto.

Para as demais análises, o IGRS foi redimensionado em níveis da seguinte forma: risco baixo = **nível leve**; risco regular = **nível moderado**; e risco alto somado a risco muito alto = **nível grave**.

6.6.2.3 Variável transtorno por uso de substâncias (lícitas e ilícitas)

A variável TUS foi avaliada pelas questões 103 a 110 do bloco 6 – experiência com álcool e drogas, correspondendo ao instrumento ASSIST (APÊNDICE E). A questão 103 diz respeito à presença ou ausência de uso na vida de alguma das substâncias. Em caso de resposta negativa (nunca usou substância psicoativa), as perguntas sobre essa variável foram encerradas. As questões 104 a 109, formuladas somente para aqueles que relataram algum uso de substância na questão anterior, correspondem a informações sobre o padrão de uso nos últimos três meses e problemas decorrentes do uso de substâncias, enquanto a questão 110 investiga o uso de drogas injetáveis (Humenuk *et al.*, 2010).

A resposta afirmativa à pergunta 103 possui duas opções de respostas, cada uma com um valor de escore: não (0 pontos) e sim (3 pontos). As questões 104 a 107 possuem cinco opções de respostas (nunca; 1 ou 2 vezes; mensalmente; semanalmente; diariamente ou quase todos os dias), cada uma correspondendo a um escore de valor específico de acordo com cada pergunta: P104 – 0, 2, 3, 4, 6, respectivamente; P105 – 0, 3, 4, 5, 6; P106 – 0, 4, 5, 6, 7; P107 – 0, 5, 6, 7, 8. As questões 108 a 110 possuem três opções de resposta, com seus respectivos escores: não, nunca; sim, nos últimos 3 meses; sim, mas não nos últimos 3 meses, com escores 0, 6, 3, respectivamente, para P108 e P109; e 0, 2, 1 para a P110 (Humenuk *et al.*, 2010; Micheli; Formigoni; Ronzani, 2009).

O cálculo do envolvimento total com substâncias foi realizado pela soma dos escores relativos às questões 103 a 110 para todas as classes de droga. O cálculo dos escores de envolvimento com uma substância específica foi realizado a partir da soma dos escores obtidos nas questões 104 a 109, para cada substância, podendo-se obter um escore máximo de 39 pontos. Porém, para o tabaco, a pontuação se deu somente pelas questões 104, 105, 106, 108, 109, sendo possível chegar a um escore máximo de 31 pontos (Micheli; Formigoni; Ronzani, 2009).

O somatório de pontos indicou o risco do participante para o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa. Para o álcool, foram considerados de baixo risco aqueles que obtiverem pontuação de 0 a 10; risco moderado, de 11 a 26; e alto risco a pontuação de 27 ou mais. Para as demais substâncias, foi considerado

baixo risco a pontuação de 0 a 3; risco moderado, de 4 a 26; e risco alto o total de 27 pontos ou mais (Micheli; Formigoni; Ronzani, 2009).

Pessoas com baixo risco são aquelas que, embora usem substâncias, ainda não apresentam problemas relacionados ao uso. O risco moderado indica um uso nocivo ou problemático de substâncias, necessitando intervenção breve. O risco alto é indicativo de dependência da substância investigada e requer tratamento especializado (Micheli; Formigoni; Ronzani, 2009).

6.6.2.4 Adoecimento psíquico

Foi considerado adoecimento psíquico quando o participante atendeu a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Suspeição para TMC
- TUS para pelo menos uma droga
- Nível de ideação suicida moderado ou grave
- BO com risco moderado ou alto
- ETS com risco moderado ou alto

6.6.3 Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas foram analisadas a partir das respostas às questões 04 a 11 e 18 a 20, contidas no bloco 1 – características pessoais, do questionário da pesquisa. Essas questões coletam dados sobre raça, idade, sexo biológico, crença religiosa, situação conjugal, com quantas pessoas o participante mora, escolaridade, área de formação, renda mensal individual e familiar, e se o participante é a principal fonte de renda da família (APÊNDICE F).

6.6.4 Variável características do trabalho

As características do trabalho na PEFOCE foram analisadas a partir das questões do contidas no bloco 7 – condições de trabalho – e da questão 22 do bloco 1 - características pessoais - do questionário da pesquisa (APÊNDICE G). Elas incluem informações sobre cargo; tempo de trabalho na segurança pública; coordenadoria, núcleo e município de atuação; regime

de plantão; se tem outro trabalho fora da PEFOCE; e se o profissional já pensou em sair da instituição (intenção de rotatividade).

6.6.5 Variável hábitos de vida

Os hábitos de vida relacionados à saúde foram analisados a partir das questões contidas no bloco 2 – hábitos de vida (APÊNDICE H), do questionário da pesquisa. Elas avaliaram o padrão de consumo alimentar e de atividade física dos participantes, cujas classificações se deram de acordo com o preconizado pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), uso de telas, atividades de lazer e atividades voltadas para a saúde mental.

Com relação ao padrão de consumo alimentar, foram investigados o padrão de consumo de frutas e de alimentos processados. A classificação do padrão de alimentação se deu de acordo com o VIGITEL (Brasil, 2021):

- **Consumo regular de frutas:** quando ocorre em cinco ou mais dias por semana, logo, neste estudo, foi considerado consumo regular quando o participante indicou, na questão 26, comer fruta em pelo menos uma refeição em um dia normal;
- **Consumo recomendado de frutas:** diz respeito ao consumo de três ou mais porções diárias de frutas. Neste estudo, foi utilizado o parâmetro acima de 3 (4 ou mais) refeições com frutas em um dia normal.
- **Padrão de alimentação inadequado:** quando ocorreu consumo diário de mais de 4 refeições compradas prontas ou de micro-ondas, investigado pela questão 25, ou quando houve **consumo inadequado de frutas**, que corresponde à ausência de consumo regular ou recomendado de frutas, investigados na questão 26.

O padrão de atividade física foi investigado a partir da frequência e duração da prática de exercícios físicos. Os indicadores foram estimados de acordo com o VIGITEL (Brasil, 2021). Desse modo, os participantes foram classificados em pessoas com prática suficiente de atividade física, com prática insuficiente de atividade física ou fisicamente inativas, conforme as respostas às questões 27 a 30. O tempo de atividade física semanal foi obtido pela multiplicação do ponto médio do intervalo do número de dias que pratica a atividade semanalmente e ponto médio do tempo que dura a atividade.

A caracterização de cada padrão de atividade física pode ser descrita da seguinte forma:

- **Prática suficiente de atividade física no lazer:** prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada (caminhada ao ar livre, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, dança, ciclismo e voleibol/futevôlei) ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa (crossfit, corrida ao ar livre, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis);
- **Prática insuficiente de atividade física:** foi considerada quando, apesar de existir a prática, o padrão de atividade não atingiu o parâmetro de prática suficiente;
- **Fisicamente inativos:** foram considerados os indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses.

O tempo livre despendido no uso de computador, celular ou tablet foram avaliados pelas questões 32-33. O uso de três horas ou mais por dia do tempo livre despendido nesse tipo de atividade foi considerado **uso nocivo de telas**. Esse critério foi avaliado por ser equivalente à inatividade física, sendo considerado fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas (Brasil, 2021).

As questões sobre lazer (35 a 37) dizem respeito à ida ao cinema, realização de atividades para saúde mental e frequência com que os participantes realizaram atividades de lazer com vistas à manutenção da saúde mental no último semestre. Essa variável reflete a qualidade do tempo fora do trabalho.

Foi considerado sem atividade de lazer aquele que não citou qualquer atividade de lazer no último semestre, nem mesmo ida ao cinema, ou informou fazer raramente/anualmente.

As atividades para saúde mental citadas pelos participantes foram agrupadas em sete categorias, a saber:

1. Terapias/meditação (inclui psicoterapia, terapias integrativas, massagens/massoterapia, meditação e yoga);
2. Viagens/passeios/praias;
3. Artes/artesanato (inclui pintura, tocar instrumento, escultura, teatro, desenho, crochê, escutar música);
4. Encontro com familiares/amigos (churrasco, sair com família, encontro com amigos, roda de conversa, festas);

5. Atividades religiosas (oração, prática/atividade religiosa);
6. Estudo/leitura (curso de mindfulness, academia da mente, estudo, leitura);
7. Atividades de altas demandas cognitivas e psicossociais (AADCP) (xadrez, atividade física, andar a cavalo, esporte automotivo, montar quebra-cabeça, arte marcial, lavar carro, pescar).

A frequência de realização de atividades de lazer (questão 37) foi classificada em três categorias: diariamente / semanalmente; quinzenalmente / mensalmente; anualmente / raramente.

6.6.6 Variável exposição à violência

A variável principal, denominada exposição à violência no trabalho, foi estruturada a partir de duas variáveis: vitimização policial e trabalho com violência.

Foram consideradas **vitimização policial** as situações em que o policial, alguma vez, tenha sofrido violência física, psicológica, moral ou financeira no trabalho (consigo ou com colega), nos últimos 12 meses, e/ou teve envolvimento em confronto armado e/ou atendeu ocorrência com policial em óbito. Essa variável foi obtida de respostas afirmativas (aconteceu comigo ou soube de algum colega) às perguntas 172, 175, 178, 181, 184, 187, 191 (APÊNDICE I) do questionário, que abordam sobre violências física, moral, psicológica e financeira sofridas durante o exercício do seu trabalho, além das questões 126 e 132, que abordaram sobre exposição a risco de lesão por arma de fogo e atendimento de ocorrência de policial em óbito, correspondendo ao bloco 9 – experiência com violência do questionário. A presença de resposta afirmativa para qualquer uma dessas perguntas indicou presença de vitimização policial.

O **trabalho com violência** foi observado pelas questões 117 e 129, sendo considerado quando o policial atendeu vítimas de violência e/ou familiares “diariamente” ou “ocasionalmente” e/ou atendeu ocorrências com cadáver nos últimos 12 meses. A **exposição geral à violência** foi considerada quando houve vitimização policial e/ou trabalho com violência.

6.7 Análise dos dados

Foi realizado o *download*, em formato .csv, dos dados coletados pela plataforma Survey Monkey®. Os dados foram analisados utilizando o *software Statistical Package for the*

Social Sciences (SPSS®) versão 21.0. Inicialmente, o banco foi limpo e padronizado, sendo criadas as variáveis de interesse para o estudo a partir da consolidação dos instrumentos utilizados.

De acordo com o delineamento experimental, os dados da amostra foram ponderados para obtenção das estimativas na população total. O cálculo da ponderação foi realizado a partir do produto do peso de cada etapa e obtido pelo inverso das probabilidades de o indivíduo pertencer aos estratos convencionados, que foram a função e a coordenadoria de atuação.

Para a análise dos dados da pesquisa, foram selecionadas três técnicas: (1) univariada, (2) bivariada, (3) multivariada. A análise univariada (descritiva) apresentou a caracterização dos profissionais da PEFOCE a partir das características sociodemográficas, laborais, hábitos de vida, exposição à violência e transtornos mentais (TMC, ideação suicida e TUS), assim como a descrição do desfecho (FC) e das subescalas de qualidade de vida (BO, ETS e SC), sendo analisadas as frequências absoluta e relativa (em percentual) com seus intervalos de confiança (IC) de 95%.

A mensuração das associações entre as variáveis de exposição e o desfecho foi realizada por meio de tabelas de contingência utilizando o Teste Exato de Fisher e as estimativas da razão de prevalência (RP), com seu respectivo intervalo de confiança. Para compreender melhor a FC na população estudada, foi realizado o teste de correlação entre as três subescalas de qualidade de vida, sendo aplicado, inicialmente, o teste de Shapiro-Wilk para verificar se as variáveis seguiam uma distribuição normal. Visto que nenhuma das três escalas (SC, BO e ETS) apresentou distribuição normal, foi realizada a estimativa de associação entre as escalas utilizando o teste de correlação linear de *Spearman*, que mede associações lineares entre as variáveis que não possuem distribuição normal (Vieira, 2018), sendo obtidos os coeficientes de correlação e seus respectivos p-valor.

A análise de associação entre as escalas na forma qualitativa foi realizada de acordo com Callegari-Jacques (2003), sendo a força da relação classificada como fraca (0 a 0,29), moderada (0,30 a 0,59), forte (0,60 a 0,89) ou muito forte (0,90 a 0,99).

Em seguida, foi realizada a análise de regressão múltipla hierárquica de dois níveis. Com o objetivo de estimar a RP dos fatores que no contexto multidimensional influenciavam significativamente a FC, foi utilizado o ajuste do modelo de regressão de Poisson com variância robusta e com múltiplas variáveis explicativas (Coutinho; Scazufca; Menezes, 2008). No modelo, a análise de colinearidade entre as variáveis independentes também foi verificada.

Os fatores eleitos para a regressão múltipla foram aqueles que, na análise de associação bivariada com a FC, obtiveram nível de significância de até 25%. Inicialmente, foram analisados três modelos hierárquicos de primeiro nível com os fatores intermediários relacionados aos seguintes estratos:

- Estilo de vida e hábitos comportamentais: para esse modelo, foram levadas cinco variáveis (uso nocivo de telas no tempo livre, atividades para saúde mental no último semestre, realização de atividades de lazer diariamente/semanalmente, realização de AADCP e de artes/artesanato como atividade para saúde mental no último semestre), a partir do qual obteve-se um modelo com **três** variáveis relacionadas à FC ao nível de significância de 10%;
- Rede de apoio: três variáveis foram levadas para esse modelo (estado civil, religião e número de pessoas com que o policial mora), sendo obtido um modelo com **uma** variável que explicou a variação da prevalência de FC a um nível de significância de 5%;
- Condições de trabalho e renda: foram levadas, para esse modelo, cinco variáveis (quão bem remunerado se considera, avaliação da sua saúde financeira, coordenadoria de atuação, se trabalha em regime de escala de plantão e intenção de rotatividade), sendo obtido um modelo explicativo com **três** variáveis ao nível de significância de 5%.

Posteriormente, as sete variáveis significativas na análise de primeiro nível dos fatores intermediários foram levadas para um modelo hierárquico de segundo nível, sendo obtido um modelo explicativo com **cinco** variáveis de fatores intermediários ao nível de significância de 5%.

Foi construído um modelo hierárquico de primeiro nível com seis variáveis relativas aos fatores distais (violência consigo e/ou com o colega; sofreu risco de lesão por arma de fogo e/ou atendeu ocorrência com policial em óbito; trabalho com violência; indícios de dependência para pelo menos uma droga; sofrimento mental; risco para suicídio). Após essa análise, foi obtido um modelo com **duas** variáveis explicativas ao nível de significância de 5%.

Em seguida, foi realizada a última análise de segundo nível, incluindo as cinco variáveis dos fatores intermediários e as duas variáveis dos fatores distais. O modelo ajustado que, ao nível de significância de 5%, explicou significativamente a variação da prevalência de FC foi composto por **cinco** variáveis, sendo três fatores intermediários e dois fatores distais.

6.8 Aspectos éticos

O estudo atendeu às normas éticas estabelecidas pelas Resoluções nº 466/2012 e 510 /2016, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013b; 2016), sobre pesquisas envolvendo seres humanos. O parecer foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob nº 2.284.725 (ANEXO A). O projeto foi apresentado à SSPDS-CE e à SUPESP-CE, sendo obtida a autorização para execução, assim como a anuência do Perito Geral da PEFOCE (ANEXO B).

A participação dos profissionais foi formalizada, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE J), sendo garantido o sigilo das informações e respeitado o anonimato daqueles, assim como a recusa dos convidados em participar da pesquisa. A participação se deu de forma voluntária, sem compensação financeira, sendo informado aos participantes o objetivo, riscos e benefícios da pesquisa.

Dentre os riscos, estão a possibilidade de ocorrência de algum cansaço ou alteração emocional ao responderem às perguntas, situações nas quais o participante poderia retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo. Também existiu o risco de o participante não possuir o aplicativo WhatsApp, para o qual foi disponibilizado o endereço eletrônico para acesso do questionário em computador, de modo que o participante pudesse respondê-lo. A pesquisa teve como benefício o potencial de contribuir para o conhecimento da dimensão dos efeitos da exposição à violência decorrente do trabalho na PEFOCE na saúde psicoemocional daqueles policiais, subsidiando a implantação de estratégias voltadas para a prevenção e / ou minimização do problema.

7 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 250 respondentes, representando 51,1% da população-alvo composta por 489 indivíduos. Dos participantes (n=250), 242 (96,8%) completaram integralmente o questionário. A taxa de não resposta foi de 48,9%. Entre os 254 indivíduos abordados e que eram atuantes em Fortaleza, 131 (51,6%) responderam ao questionário. No interior do Estado, dos 325 participantes abordados, 119 (50,6%) participaram da pesquisa. Os resultados foram organizados e apresentados em três abordagens principais: análise descritiva, análise bivariada e análise multivariada.

7.1 Análise univariada: caracterização da amostra

A análise descritiva apresenta os principais resultados relacionados à fadiga por compaixão (FC) e seus componentes - Burnout (BO), estresse traumático secundário (ETS) e satisfação por compaixão (SC) -, características sociodemográficas e do trabalho, hábitos de vida, exposição à violência e risco para outros adoecimentos psíquicos entre os policiais da PEFOCE. Essa etapa do estudo caracteriza os níveis de impacto emocional e psicológico nos participantes, destacando a prevalência de cada critério analisado.

7.1.1 *Fadiga por compaixão*

A maioria dos policiais da PEFOCE apresentou níveis moderados de BO (55,2%; IC95%: 48,4-61,9), e nenhum teve nível alto. A prevalência de níveis preocupante de ETS foi de 25,8% (IC95%: 20,5-31,9) para nível moderado e 0,4% (IC95%: 0,0-2,5) com nível alto.

Com base nos critérios adotados para identificar a presença de FC, que incluem níveis moderados ou altos de BO e/ou níveis moderados ou altos de ETS, foi constatada uma prevalência de 58,9% (IC95%: 52,0-65,4) de FC entre os policiais da PEFOCE. Esse quadro é predominantemente influenciado pelo BO, uma vez que apenas 3,6% (IC95%: 1,9-6,8) dos participantes apresentaram FC com baixos níveis de BO, enquanto 55,3% apresentaram níveis moderados para este transtorno (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de fadiga por compaixão e risco de burnout, estresse traumático secundário e satisfação por compaixão em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Variável	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Fadiga por compaixão (FC)*	145/246	58,9	52,0	65,4
BO moderado e ETS baixo	79/246	32,7	26,6	39,5
BO moderado e ETS moderado	55/246	22,2	17,2	28,0
BO baixo e ETS moderado	10/246	3,6	1,9	6,8
BO moderado e ETS alto	1/246	0,4	0,0	2,5
Burnout (BO)				
Baixo	111/246	44,8	38,1	51,6
Moderado	135/246	55,2	48,4	61,9
Estresse Traumático Secundário (ETS)				
Baixo	180/246	73,9	67,8	79,2
Moderado	65/246	25,8	20,5	31,9
Alto	1/246	0,4	0,0	2,5
Satisfação por Compaixão (SC)				
Baixo	7/246	3,0	1,4	6,3
Moderado	143/246	57,3	50,7	63,7
Alto	96/246	39,7	33,5	46,3

Fonte: Autoria própria.

Nota: * Foi considerado FC a presença de nível moderado ou alto para BO e/ou presença de nível moderado ou alto para ETS. Quando o nível foi baixo para ambos, considerou-se ausência de FC.

A análise dos níveis SC revelou que apenas 3,0% (IC95%: 1,4-6,3) dos policiais apresentaram níveis baixos, enquanto a maioria demonstrou níveis moderados ou altos, conforme mostrado na tabela 3. A SC é um elemento positivo no trabalho com pessoas traumatizadas, atuando como um fator neutralizador dos efeitos negativos associados à FC. Dessa forma, altos níveis de SC em profissionais que sofrem de FC ajudam a reduzir o impacto emocional e a amenizar o sofrimento.

Ao avaliar a SC em função dos níveis de BO e ETS, observou-se que policiais sem FC (BO e ETS baixos) apresentaram predominância de níveis altos de SC (55,8%; IC95%: 45,5-65,5), com maior frequência do que níveis moderados (44,2%; IC95%: 34,4-54,5). Um padrão semelhante foi identificado entre aqueles com FC que tinham ETS moderado e BO baixo, dos quais 72,8% (IC95%: 34,1-93,9) apresentaram SC alta e 27,2% (IC95%: 6,7-65,9) moderada. Nenhum participante com ausência de FC, ou com FC e BO baixo, apresentou SC baixa.

A presença de somente BO moderado levou a uma maior prevalência de níveis moderados de SC (63,5%; IC95%: 51,2-74,3) quando comparado a níveis altos (29,7%; IC95%: 19,6-42,3). Essa diferença se tornou ainda mais evidente quando BO e ETS estavam presentes simultaneamente, resultando em 76,6% (IC95%: 63,0-86,3) dos policiais com SC moderada, em comparação com apenas 20,0% (IC95%: 11,1-33,3) com SC alta (Tabela 4).

Tabela 4 – Nível de satisfação por compaixão em função de burnout e estresse traumático secundário em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

BO vs ETS	Satisfação por compaixão											
	Baixa				Moderada				Alta			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
		LI	LS			LI	LS			LI	LS	
BO/ETS baixo (N=101)	0	0,0	-	-	44	44,2	34,4	54,5	57	55,8	45,5	65,6
BO baixo/ETS moderado (N=10)	0	0,0	-	-	2	27,2	6,7	65,9	8	72,8	34,1	93,9
BO moderado/ETS baixo (N=79)	5	6,7	2,7	15,9	54	63,5	51,2	74,3	20	29,7	19,6	42,3
BO/ETS moderado (N=55)	2	3,4	0,8	12,9	42	76,6	63,0	86,3	11	20,0	11,1	33,3
BO moderado/ETS alto (N=01)	0	0,0	-	-	1	100,0	-	-	0	0,0	-	-

Fonte: Autoria própria.

Os dados apontam que existe grande influência do BO sobre o nível de SC, e que essa influência pode ser potencializada pela presença, concomitante, de ETS. Tal fato ficou evidenciado no teste de correlação entre as escalas, que apontou relação negativa moderada e significativa entre BO e SC (-0,38; $p < 0,001$), e correlação positiva, moderada e significativa entre BO e ETS (0,36; $p < 0,001$). A correlação entre SC e ETS foi negativa, porém muito fraca e não significativa (-0,12; $p = 0,053$). Os resultados do teste de correlação estão descritos na tabela 5.

Tabela 5 – Correlação entre as escalas de satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Escalas	Correlação de Spearman		
	r	p-valor	Intensidade
SC x BO	-0,38*	<0,001	Moderada
SC x ETS	-0,12	0,053	Muito fraca
BO x ETS	0,36*	<0,001	Moderada

Fonte: Autoria própria.

Nota: * Correlação significativa ($p < 0,05$)

7.1.2 Características sociodemográficas

A amostra foi composta predominantemente por homens (67,1%; IC95%: 60,7-72,9) e indivíduos pardos/pretos (56,0%; IC95%: 49,6-62,1). A idade média foi de 39,4 anos (mínimo = 22 anos, máximo = 68 anos), predominando aqueles com idade igual ou inferior à média (55,0%; IC95%: 48,8-61,0) e que informaram ter alguma crença religiosa (84,1%; IC95%: 78,6-88,3).

Com relação à escolaridade, a maior parte possui pós graduação (66,8%; IC95%: 60,4-72,6), sendo suas formações concentradas nas áreas de Ciências da Saúde/Biológicas (46,6%; IC95%: 42,9-50,2) ou Ciências Exatas/ Computacionais (32,0%; IC95%: 28,2-36,2). A maioria dos participantes informou ter parceiro(a) fixo(a) (84,5%; IC95%: 79,4-88,5) Além disso, 68,3% (IC95%: 62,2-73,9) residem com outras duas ou mais pessoas, conforme indicado na tabela 6.

Tabela 6 - Características sociodemográficas dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

(continua)

Características sociodemográficas	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Sexo biológico				
Masculino	170/250	67,1	60,7	72,9
Feminino	80/250	32,9	27,1	39,3
Raça/cor				
Parda/Preto	141/250	56,0	49,6	62,1
Parda	121/250	48,8	42,9	54,9
Preta	20/250	7,1	4,5	11,0
Branca/amarela	109/250	44,0	37,9	50,4
Branca	107/250	43,4	37,3	49,8
Amarela	02/250	0,6	0,2	2,6
Idade				
=<39,4 anos	143/247	55,0	48,8	61,0
>39,4 anos (idade média)	104/247	45,0	39,0	51,2

Tabela 6 - Características sociodemográficas dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023

Características sociodemográficas	n/N	%	(conclusão)	
			IC 95%	
			LI	LS
Possui religião ou crença religiosa	209/250	84,1	78,6	88,3
Católica	158/250	62,8	55,8	69,3
Evangélica	26/250	10,6	7,6	14,6
Cristã/Umbanda/Espirita/Outros	25/250	10,6	6,8	16,2
Grau de instrução				
Nível superior completo	84/250	33,2	27,4	39,6
Pós graduação	166/250	66,8	60,4	72,6
Área de formação superior				
Ciênc. Biológicas/Saúde	97/248	46,6	42,9	50,2
Ciências Biológicas	12/248	4,2	2,4	7,4
Ciências da Saúde	85/248	42,3	38,7	46,0
Ciênc. Exatas/Computacional	93/248	32,0	28,2	36,2
Ciênc. Humanas/Agrárias/Sociais Aplicadas	58/248	21,4	17,3	26,1
Ciências Humanas	46/248	17,1	13,3	21,7
Ciências Agrárias	03/248	1,1	0,3	3,3
Ciências Sociais Aplicadas	09/248	3,2	1,7	6,1
Situação conjugal				
Com parceiro(a) fixo(a)	209/250	84,1	79,4	88,5
Sem parceiro(a) fixo(a)	41/250	15,5	11,5	20,6
Número de pessoas com quem mora				
0 ou 1 pessoa	81/250	31,7	26,1	37,8
=>2 pessoas	169/250	68,3	62,2	73,9
2 pessoas	62/250	25,5	19,7	32,2
Pelo menos 3 pessoas	107/250	42,9	36,6	49,3

Fonte: Autoria própria.

Quanto à remuneração, prevaleceram os que se consideram mais ou menos bem remunerados (43,2%; IC95%: 36,7-50,0) e aqueles com renda mensal superior a 10 salários mínimos (39,9%; IC95%: 35,9-44,0). A maioria declarou ser a principal fonte de renda familiar (75,3%; IC95%: 70,0-79,9) e possuir renda familiar mensal acima de 10 salários mínimos (58,8%; IC95%: 54,5-62,9). Por fim, pouco mais da metade dos participantes avaliou sua saúde

financeira como boa ou excelente (56,9%; IC95%: 50,8-62,8), conforme indicado na tabela 7.

Tabela 7 - Características relativas à remuneração dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Características relativas à remuneração	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Como considera sua remuneração				
Bem ou muito bem remunerado	103/250	39,1	33,3	45,2
Mais ou menos bem remunerado	104/250	43,2	36,7	50,0
Mal remunerado	43/250	17,8	13,1	23,7
Renda mensal				
De 2 a 5 salários mínimos	85/250	31,2	27,7	34,9
De 5 a 10 salários mínimos	81/250	29,0	24,1	34,4
De 10 ou mais salários mínimos	84/250	39,9	35,9	44,0
Principal fonte de renda da família	183/250	75,3	70,0	79,9
Renda familiar mensal				
De 3 a 5 salários mínimos	24/250	8,6	6,0	12,2
De 5 a 10 salários mínimos	89/250	32,6	27,9	37,6
De 10 ou mais salários mínimos	137/250	58,8	54,5	62,9
De 10 a 20 salários mínimos	84/250	31,2	25,7	37,3
Mais de 20 salários mínimos	53/250	27,5	23,0	32,6
Avaliação da sua saúde financeira				
Excelente/boa	134/250	56,9	50,8	62,8
Excelente	19/250	7,9	5,0	12,4
Boa	115/250	49,0	43,1	54,9
Regular/péssima	116/250	43,1	37,2	49,2
Regular	97/250	35,6	30,0	41,5
Péssima	19/250	7,5	4,8	11,7

Fonte: Autoria própria.

7.1.3 Características do trabalho

A maioria dos participantes exerce suas atividades na capital Fortaleza (53,5%; IC95%: 53,5-53,5), seguida pela Região Sul do estado (26,9%; IC95%: 26,9-26,9), com destaque para o município de Juazeiro do Norte, que reúne 8,6% (IC95%: 8,6-8,6) dos policiais. Em relação às funções desempenhadas, predominam os auxiliares de perícia (35,8%; IC95%: 35,8-35,8), enquanto 32,4% (IC95%: 26,9-38,4) dos participantes possuem entre 6 e 10 anos

de experiência na segurança pública.

A maioria dos policiais (88,1%; IC95%: 83,6-91,4) trabalha em regime de plantão. Além disso, 47,8% (IC95%: 43,7-52,0) desempenham outras atividades profissionais fora da PEFOCE, principalmente na área da saúde (69,7%; IC95%: 61,5-76,7). Por fim, 45,3% (IC95%: 38,8-52,0) dos participantes já consideraram a possibilidade de deixar a PEFOCE (intenção de rotatividade), principalmente devido ao salário insatisfatório (67,5%; IC95%: 57,7-75,9), ambiente de trabalho (40,0%; IC95%: 30,7-50,0) e do tipo de atividade executada (22,4%; IC95%: 15,5-31,2) (Tabela 8).

Tabela 8 – Características do trabalho dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

(continua)

Características do trabalho	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Região de trabalho				
Fortaleza	131/250	53,5	53,5	53,5
Interior	119/250	46,5	46,5	46,5
Região Sul	72/250	26,9	26,9	26,9
Região Norte	47/250	19,6	19,6	19,6
Município de atuação				
Fortaleza	131/250	53,5	53,5	53,5
Juazeiro do Norte	20/250	8,6	8,6	8,6
Sobral	21/250	8,4	8,4	8,4
Iguatu	14/250	4,8	4,8	4,8
Russas	14/250	4,8	4,8	4,8
Quixeramobim	12/250	4,4	4,4	4,4
Tauá	12/250	4,2	4,2	4,2
Itapipoca	12/250	4,2	4,2	4,2
Crateús	09/250	4,2	4,2	4,2
Canindé	05/250	2,7	2,7	2,7

Tabela 8 – Características do trabalho dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

(conclusão)

Características do trabalho	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Função				
Auxiliar de perícia	96/250	35,8	35,8	35,8
Perito criminal/adjunto	84/250	27,8	27,8	27,8
Legista (médico perito legista/perito legista)	70/250	36,4	36,4	36,4
Médico perito legista	40/250	26,9	26,9	26,9
Perito legista	30/250	9,5	9,5	9,5
Tempo de trabalho na segurança pública				
Até 5 anos	117/250	44,7	39,4	50,2
6 anos ou mais	133/250	55,3	49,8	60,6
6 a 10 anos	79/250	32,4	26,9	38,4
Mais de 10 anos	54/250	22,9	18,1	28,5
Trabalha em regime de plantão	218/250	88,1	83,6	91,4
Possui atividade extra PEFOCE	99/250	47,8	43,7	52,0
Atividade exercida extra PEFOCE				
Saúde	61/99	69,7	61,5	76,7
Educação	23/99	18,6	12,6	26,7
Negócio próprio	08/99	5,4	2,6	10,6
Empresa privada	05/99	4,6	2,0	10,2
Outro serviço público	02/99	1,8	0,4	6,7
Intenção de rotatividade	112/250	45,3	38,8	52,0
Salário insatisfatório	76/112	67,5	57,7	75,9
Ambiente de trabalho	41/112	40,0	30,7	50,0
Tipo de atividade executada	26/112	22,4	15,5	31,2
Sente-se desvalorizado/falta realização profissional	5/112	4,4	1,8	10,2
Sobrecarga de trabalho/responsabilidades	5/112	5,0	2,5	10,0
Tem como meta outro trabalho	5/112	3,9	1,6	9,1
Assédio moral	4/112	3,5	1,3	9,0

Fonte: Autoria própria.

As coordenadorias mais representativas são a COMEL (48,6%; IC95%: 44,5-52,7) e a COPEC (30,6%; IC95%: 27,5-33,8), totalizando 79,2% (IC95%: 74,5-83,2) nessas duas

coordenadorias (Tabela 9).

Tabela 9 – Lotação dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Lotação	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Coordenadoria				
COMEL/COPEC	192/250	79,2	74,5	83,2
COMEL	103/250	48,6	44,5	52,7
COPEC	89/250	30,6	27,5	33,8
CALF/CIHPB	58/250	20,8	16,8	25,5
CALF	37/250	12,9	9,8	16,7
CIHPB	21/250	7,9	5,3	11,7
Núcleo de atuação				
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas	38/250	20,3	17,4	23,5
Núcleo de Tanatologia Forense	34/250	13,3	9,8	17,9
Núcleo de Perícia Externa	33/250	10,7	7,9	14,2
Núcleo de Perícia Criminal	24/250	8,0	5,9	10,7
Núcleo de Identificação Civil e Criminal	17/250	6,4	4,1	9,9
Núcleo de Toxicologia Forense	15/250	4,9	3,2	7,4
Núcleo de Traumatologia Forense	13/250	7,4	4,7	11,4
Núcleo de Balística Forense	13/250	5,0	2,9	8,3
Núcleo de Perícia em Tecn.e Apoio Técnico	11/250	4,0	2,3	6,8
Núcleo de Odontologia Forense	09/250	2,8	1,6	4,9
Núcleo de Análises Laboratoriais	09/250	3,2	1,9	5,4
Núcleo de Perícia em DNA Forense	07/250	2,5	1,2	5,0
Núcleo de Atend. Espec. Mulher/Criança/Adolesc.	06/250	2,8	1,2	6,0
Delegacia de Homicídios e Proteção à Pessoa	04/250	1,6	0,6	4,2
Núcleo de Perícia em Eng. e Meio Ambiente	04/250	1,4	0,5	3,6
Núcleo de Classificação e Perícias Papiloscópicas	04/250	1,6	0,6	4,1
Núcleo em Química Forense	04/250	1,4	0,5	3,6
Setor de Antropologia Forense	02/250	1,3	0,3	5,0
Núcleo de Atendimento ao Custodiado	01/250	0,7	0,1	4,6
Núcleo de Bioquímica e Biologia Forense	01/250	0,3	0,0	2,2
Núcleo de Patologia Forense	01/250	0,7	0,1	4,6

Fonte: Autoria própria.

Os núcleos com maior concentração de policiais são o Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas do interior (20,3%; IC95%: 17,4-23,5), seguido pelo Núcleo de Tanatologia Forense (13,3%; IC95%: 9,8-17,9) e pelo Núcleo de Perícia Externa (10,7%; IC95%: 7,9-14,2), conforme tabela 9.

7.1.4 Hábitos de vida

A maioria dos policiais forenses (82,0%; IC95%: 74,6-84,5) relatou consumir frutas regularmente, embora 22,2% (IC95%: 17,4-27,9) apresentem um padrão alimentar considerado inadequado. Em relação à prática de atividade física, 79,5% (IC95%: 73,4-84,4) dos participantes afirmaram ter realizado exercícios no último trimestre, sendo que 60,7% (IC95%: 54,1-66,9) atingiram níveis suficientes de atividade física. No entanto, 20,5% (IC95%: 15,6-26,6) foram classificados como fisicamente inativos (Tabela 10).

Tabela 10 – Padrão de alimentação e atividade física entre policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Hábitos de vida	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Padrão de consumo de frutas				
Consumo recomendado	02/250	0,7	0,2	2,7
Consumo regular	205/250	82,0	74,6	84,5
Consumo inadequado	43/250	19,3	14,9	24,6
Padrão de consumo alimentar inadequado	50/250	22,2	17,4	27,9
Prática de exercício físico (3 meses)				
Exercício físico de intensidade leve/moderada	178/250	70,3	63,6	76,2
Exercício físico de intensidade vigorosa	116/250	42,7	36,8	48,9
Padrão de atividade física				
Fisicamente ativos	200/250	79,5	73,4	84,4
Prática suficiente	158/250	60,7	54,1	66,9
Prática insuficiente	42/250	18,8	14,7	23,7
Fisicamente inativos	50/250	20,5	15,6	26,6

Fonte: Autoria própria.

Quanto ao uso de dispositivos eletrônicos no tempo livre, como celulares, computadores ou tablets, 93,7% (IC95%: 88,8-96,6) dos policiais relataram utilizá-los, sendo

esse uso excessivo (mais de 3 horas por dia) realizado por 39,8% (IC95%: 33,4-46,6). A maioria dos participantes (85,6%; IC95%: 80,9-89,4) também informou ter realizado atividades voltadas à saúde mental ou ao lazer nos últimos seis meses, sendo as mais comuns: ida ao cinema (47,9%; IC95%: 41,1-54,8), atividades artísticas ou artesanato (27,3%; IC95%: 22,2-33,2) e terapias ou meditação (22,2%; IC95%: 17,2-28,2). Entre esses, 67,8% (IC95%: 61,4-73,5) realizaram essas atividades com frequência diária ou semanal (Tabela 11).

Tabela 11 – Uso de telas e atividades de lazer entre policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Hábitos de vida	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Uso de telas¹	236/250	93,7	88,8	96,6
Uso nocivo (mais de 3 horas/dia)	100/250	39,8	33,4	46,6
Uso regular (até 3 horas/dia)	136/250	53,9	47,6	60,1
Não usa	14/250	6,3	3,4	11,2
Atividade para saúde mental (últimos 6 meses)	209/250	85,6	80,9	89,4
Cinema	120/250	47,9	41,1	54,8
Atividades artísticas e/ou artesanato	66/250	27,3	22,2	33,2
Terapias/meditação	55/250	22,2	17,2	28,2
AADCP*	18/250	7,4	4,7	11,5
Estudo/leitura	13/250	5,7	3,2	10,0
Encontro com familiares/amigos	08/250	3,6	1,7	7,6
Viagens/passeios/praias	05/250	3,0	1,8	5,0
Atividades religiosas	04/250	1,4	0,5	3,7
Frequência de atividades de lazer				
Diariamente/Semanalmente	173/250	67,8	61,4	73,5
Quinzenalmente/Mensalmente	65/250	27,5	22,1	33,7
Anualmente/Raramente	12/250	4,7	2,6	8,3

Fonte: Autoria própria.

Nota: ¹O uso de telas refere-se ao uso de dispositivos eletrônicos (celulares, computadores ou tablets) no tempo livre.

* Atividades de altas demandas cognitivas e psicossociais.

7.1.5 Exposição à violência

Os policiais de perícia forense enfrentam constante exposição à violência no ambiente de trabalho, não somente em decorrência do atendimento a vítimas de violência

(incluindo cadáveres), mas também pela possibilidade de serem vitimizados por violência (física, psicológica, moral ou financeira). Essa vitimização pode ocorrer de forma direta, quando o policial é o alvo da violência, ou de forma indireta, ao tomar conhecimento de situações sofridas por colegas. Os responsáveis por essas agressões podem incluir colegas de trabalho, superiores, custodiados ou outros agentes da segurança pública. Além disso, esses profissionais também estão sujeitos a riscos em confrontos armados, que podem resultar em ameaças à própria vida ou à de outros membros da equipe de segurança pública.

A análise da exposição geral à violência revelou que 93,1% (IC95%: 89,5-95,5) dos participantes vivenciaram algum tipo de violência, como vítimas diretas/índiretas (81,6%; IC95%: 76,0-86,1) ou em decorrência do trabalho com violência, realizando atendimento a vítimas de violência (fatal e/ou não fatal) e/ou familiares das vítimas (75,3%; IC95%: 70,5-79,5).

Mais de três quartos dos participantes (77,0%; IC95%: 71,3-81,9) relataram ter sofrido algum tipo de violência no trabalho ou saber que um colega foi vítima de violência física, psicológica, moral ou financeira. A violência financeira foi a mais prevalente (45,9%; IC95%: 39,9-52,0), seguida pela violência moral (44,6%; IC95%: 38,1-51,3). Além disso, 29,8% (IC95%: 23,8-36,6) dos policiais estiveram em risco de lesões por armas de fogo no trabalho e/ou atenderam ocorrências com policiais em óbito.

O atendimento a vítimas de violência ou familiares dessas vítimas foi relatado por 70,6% (IC95%: 65,6-75,2) dos participantes, sendo que 40,5% (IC95%: 34,8-46,6) realizavam esse atendimento diariamente. Mais da metade dos entrevistados (54,7%; IC95%: 48,8-60,4) participou de ocorrências envolvendo cadáveres nos últimos 12 meses. Entre esses, 37,7% (IC95%: 29,1-47,2) relataram realizar esse tipo de atendimento semanalmente e 28,6% (IC95%: 21,5-36,9) o faziam diariamente (Tabela 12).

Tabela 12 – Exposição de policiais Perícia Forense do Estado do Ceará à violência na execução do seu trabalho, Ceará, 2023.

Tipo de exposição	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Exposição geral à violência¹	228/247	93,1	89,5	95,5
Vitimização policial	196/246	81,6	76,0	86,1
Violência consigo e/ou com o colega	185/246	77,0	71,3	81,9
Financeira	104/246	45,9	39,9	52,0
Moral	103/245	44,6	38,1	51,3
Psicológica	101/245	40,7	34,6	47,1
Física	69/243	30,6	25,2	36,6
Sofreu risco de lesão por arma de fogo e/ou atendeu ocorrência com policial em óbito	70/249	29,8	23,8	36,6
Trabalho com violência	182/250	75,3	70,5	79,5
Atende vítimas de violência ou familiares	168/246	70,6	65,6	75,2
Diariamente	93/250	40,5	34,8	46,6
Ocasionalmente	75/250	30,1	24,4	36,4
Encontrou/localizou/atendeu ocorrência com cadáver	139/249	54,7	48,8	60,4
Diariamente	44/139	28,6	21,5	36,9
Semanalmente	48/139	37,7	29,1	47,2
Mensalmente	23/139	14,8	9,5	22,3
Ocasionalmente/raramente	20/139	16,6	11,0	24,3
Raramente	04/139	2,3	0,8	6,0

Fonte: Autoria própria.

Nota: ¹Policiais que foram vítimas de violência e/ou trabalham atendendo vítimas de violência.

7.1.6 Adoecimento psíquico

Mais de um terço dos participantes (36,0%; IC95%: 30,3-42,2) relatou sinais e sintomas compatíveis com Transtorno Mental Comum (TMC), indicando a presença de sofrimento mental, enquanto 64,3% (IC95%: 58,1-70,1) apresentaram algum nível de risco para suicídio, com predominância de risco moderado (61,0%; IC95%: 54,7-67,0).

O Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) foi identificado em 26,7% (IC95%: 21,8-32,3) dos participantes, com 3,6% (IC95%: 1,5-8,4) apresentando sinais de dependência química para pelo menos uma droga. A prevalência de TUS para drogas lícitas foi de 23,0% (IC95%: 18,2-28,6), com destaque para o álcool (18,3%; IC95%: 13,5-24,4). Já o TUS para

drogas ilícitas foi menos frequente, afetando 9,5% (IC95%: 6,6-13,5) dos participantes, havendo maior prevalência de uso de alucinógenos (7,3%; IC95%: 4,8-11,0).

Foi observado adoecimento psíquico em 86,4% (IC95%: 81,5-90,2) dos policiais, caracterizado pela presença de qualquer um dos transtornos (sofrimento mental, TUS, ideação suicida moderada/alta/muito alta ou FC), de forma isolada ou associada (Tabela 13).

Tabela 13 – Prevalência de sofrimento mental, transtorno por uso de substâncias e ideação suicida em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Adoecimento psíquico	n/N	%	IC 95%	
			LI	LS
Sufrimento mental (suspeição para TMC)	86/250	36,0	30,3	42,2
Risco para suicídio				
Moderado/Alto/Muito Alto	162/250	64,3	58,1	70,1
Moderado	152/250	61,0	54,7	67,0
Alto	9/250	2,8	1,5	5,4
Muito alto	1/250	0,4	0,1	3,0
Baixo	88/250	35,7	29,9	41,9
TUS				
TUS para pelo menos uma droga	64/250	26,7	21,8	32,3
Indício de dependência pelo menos uma droga	08/250	3,6	1,5	8,4
TUS para pelo menos uma droga lícita	56/250	23,0	18,2	28,6
TUS para álcool	47/250	18,3	13,5	24,4
TUS para tabaco	19/250	8,0	4,8	13,0
TUS para pelo menos uma droga ilícita	19/250	9,5	6,6	13,5
TUS para alucinógeno	13/250	7,3	4,8	11,0
TUS para maconha	03/250	1,1	0,3	3,4
TUS para anfetamina	03/250	1,1	0,3	3,4
TUS para inalante	03/250	1,1	0,3	3,4
TUS para hipnótico	02/249	0,6	0,2	2,5
TUS para cocaína	02/250	0,6	0,2	2,5
TUS para opióides	01/250	0,3	0,0	2,2
TUS para outras drogas	00,250	0,0	-	-
Adoecimento psíquico	218/250	86,4	81,5	90,2

Fonte: Autoria própria.

Em suma, a análise descritiva apresentou prevalência geral de FC de 58,9%, sendo

predominantemente influenciada pelo BO. Dos respondentes, 55,2% apresentaram níveis moderados de BO, enquanto nenhum apresentou nível alto. Em relação ao ETS, 73,9% tinham níveis baixos, 25,8% níveis moderados e 0,4% níveis altos.

A SC apresentou resultados positivos, com apenas 3,0% dos policiais demonstrando níveis baixos, enquanto 57,3% tinham níveis moderados e 39,7%, níveis altos. Foi observado que policiais sem FC e aqueles com baixos níveis de BO, embora com ETS, apresentaram SC alta com maior frequência.

No que diz respeito às características sociodemográficas, a amostra foi, predominantemente, masculina (67,1%) e composta por indivíduos pretos ou pardos (56,0%). A idade média foi de 39,4 anos e a maioria dos participantes (66,8%) possuía nível de pós-graduação. Além disso, 84,1% relataram ter alguma crença religiosa. Quanto à remuneração, 43,2% consideraram-se “mais ou menos bem remunerados” e 58,8% informaram renda familiar mensal acima de 10 salários mínimos.

Sobre as características de trabalho, a maior parte dos policiais atuava em Fortaleza (53,5%), trabalhava em regime de plantão (88,1%) e 45,3% relataram intenção de rotatividade, sendo as principais causas a insatisfação com o salário (67,5%). Em relação aos hábitos de vida, 80,0% relataram consumo regular de frutas, enquanto 60,7% atingiram níveis suficientes de atividade física. Contudo, 39,8% dos participantes relataram uso excessivo de telas e 85,6% afirmaram ter realizado atividades voltadas para saúde mental ou lazer nos últimos seis meses.

A exposição à violência foi alta (93,1%), decorrente da vitimização policial direta e/ou indireta (81,6%) e do atendimento a pessoas vítimas de violência e/ou familiares destas (75,3%).

Outros transtornos mentais estão presentes entre os policiais forenses, como sofrimento mental (36%), alta prevalência de algum risco para suicídio (64,3%), TUS para pelo menos uma substância (26,7%), sendo o álcool a principal (18,3%) e baixa prevalência de dependência química (3,6%). No geral, apresentaram alta prevalência de adoecimento psíquico (86,4%).

Esses resultados mostram um panorama detalhado das condições sociodemográficas, de trabalho, hábitos de vida, exposição à violência e de saúde dos policiais, bem como da prevalência de fatores emocionais e psicológicos, como a FC, que exige atenção para intervenções preventivas e mitigadoras.

7.2 Análise bivariada: fatores associados à fadiga por compaixão

A partir da análise bivariada, buscou-se identificar associação entre a FC e cada uma das variáveis relativas às características sociodemográficas e de trabalho, hábitos de vida, exposição à violência e presença/risco para outros transtornos mentais. Para isso, foi calculada a razão de prevalência (RP) do desfecho, relacionando a cada variável.

7.2.1 Características sociodemográficas

A análise dos dados relacionados à prevalência de FC entre os policiais da PEFOCE, em 2023, permitiu investigar tendências e associações importantes entre diversas variáveis sociodemográficas. O estudo incluiu variáveis como sexo biológico, raça, idade, grau de instrução, área de formação superior, situação conjugal, crença religiosa, número de pessoas na residência, percepção de remuneração, renda mensal, principal fonte de renda familiar, renda familiar mensal e percepção da saúde financeira.

Quanto ao sexo biológico, não houve diferença significativa na prevalência de FC entre homens (58,9%) e mulheres (58,8%), com uma RP de 1,000 (IC95%: 0,795-1,258, $p=0,997$). De forma semelhante, a raça (preta/parda versus não preta/parda) também não apresentou associação estatisticamente significativa, com uma prevalência de 55,8% entre pretos/pardos e 62,8% entre não pretos/pardos (RP=0,889; IC95%: 0,708-1,116; $p=0,308$).

A idade também não demonstrou impacto significativo, com prevalências próximas entre aqueles acima de 39,4 anos (59,9%) e abaixo dessa faixa etária (58,0%), resultando em uma RP de 1,031 (IC95%: 0,835-1,275; $p=0,775$). O grau de instrução mostrou prevalências igualmente próximas, sendo 59,6% para aqueles com até o ensino superior completo e 58,5% para os com pós-graduação (RP=1,018; IC95%: 0,808-1,282; $p=0,881$). Em relação à formação superior, também não se observaram diferenças significativas entre áreas específicas, com prevalências variando de 56,8% (Ciências Biológicas/Saúde) a 61,6% (Ciências Humanas/Agrárias/Sociais Aplicadas).

A situação conjugal revelou prevalências similares entre aqueles com parceiro fixo (59,1%) e sem parceiro fixo (57,3%), com uma RP de 0,969 (IC95%: 0,712-1,318; $p=0,836$). Além disso, a crença religiosa não foi um fator associado, apresentando prevalências de 58,5% entre aqueles que reportaram crença e 60,9% entre os que não possuem crença (RP=1,041; IC95%: 0,783-1,383; $p=0,786$).

Entre as variáveis associadas ao ambiente doméstico, o número de pessoas na residência apresentou uma associação estatisticamente significativa com a FC ($p=0,048$). Policiais que residem sozinhos ou com uma pessoa exibiram uma menor prevalência (49,9%) em comparação com aqueles que convivem com pelo menos três pessoas (67,3%), com uma RP de 0,741 (IC95%: 0,569-0,966). Já o grupo que vive com duas pessoas apresentou prevalência intermediária de 55,9%.

A percepção de remuneração revelou uma tendência, embora sem significância estatística ($p=0,103$). Aqueles que se consideram mal remunerados apresentaram uma prevalência mais elevada (72,0%), com uma RP de 1,386 (IC95%: 1,000-1,827) em relação aos que percebem sua remuneração como boa ou muito boa. A renda mensal e familiar e ser a principal fonte de renda da família não mostraram impacto significativo, com prevalências variando entre os diferentes grupos de renda.

Por outro lado, a percepção da saúde financeira demonstrou associação significativa com a FC ($p=0,034$). Indivíduos que avaliaram sua saúde financeira como péssima ou regular apresentaram uma prevalência de 67,2%, significativamente maior do que os que a avaliaram como excelente ou boa (52,6%), com uma RP de 1,278 (IC95%: 1,013-1,612) (Tabela 14).

De maneira geral, os resultados destacam que, entre as variáveis analisadas, o número de pessoas na residência e a percepção da saúde financeira foram as únicas significativamente associadas à prevalência de FC. Estes achados sugerem que condições de vida e bem-estar financeiro desempenham um papel relevante nesse contexto, enquanto características sociodemográficas mais gerais, como sexo, idade e grau de instrução, não parecem influenciar de forma significativa.

Tabela 14 – Prevalência da fadiga por compaixão, associação e razão de prevalência em função das características sociodemográficas dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

(continua)

Características sociodemográficas	n/N	%	95% IC		p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS			LI	LS
Sexo biológico								
Masculino	98 / 166	58,9	51,3	66,0	0,997	1,000	0,795	1,258
Feminino	47 / 80	58,8	46,3	70,3		1,000	-	-
Raça preta/parda								
Sim	77 / 139	55,8	46,2	64,9	0,308	0,889	0,708	1,116
Não	68 / 107	62,8	52,9	71,6		1,000	-	-

Tabela 14 – Prevalência da fadiga por compaixão, associação e razão de prevalência em função das características sociodemográficas dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Características sociodemográficas	n/N	%	95% IC		p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS			LI	LS
Idade								
> 39,4 anos	59 / 102	59,9	49,4	69,5	0,775	1,031	0,835	1,275
≤ 39,4 anos	84 / 141	58,0	49,5	66,1		1,000	-	-
Grau de instrução								
Até superior completo	49 / 83	59,6	47,7	70,4	0,881	1,018	0,808	1,282
Pós-graduação	96 / 163	58,5	50,4	66,2		1,000	-	-
Formação superior (área/ciências)								
Exatas/Computacional	55 / 90	60,5	49,8	70,2	0,810	1,066	0,820	1,384
Hum/Agrá./Soc. Aplic.	36 / 58	61,6	47,8	73,7		1,086	0,807	1,460
Biológicas/Saúde	53 / 96	56,8	45,4	67,5		1,000	-	-
Situação conjugal								
Sem parceiro fixo(a)	23 / 40	57,3	41,1	72,0	0,836	0,969	0,712	1,318
Com parceiro fixo(a)	122 / 206	59,1	51,5	66,3		1,000	-	-
Informa crença religiosa								
Não	24 / 41	60,9	44,8	74,8	0,786	1,041	0,783	1,383
Sim	121 / 205	58,5	50,9	65,7		1,000	-	-
Nº de pessoas na residência								
0 ou 1 pessoa	41 / 79	49,9	38,9	60,8	0,048*	0,741	0,569	0,966
2 pessoas	35 / 62	55,9	42,6	68,5		0,831	0,644	1,073
Pelo menos 3 pessoas	69 / 105	67,3	57,2	76,0		1,000	-	-
Percepção de remuneração								
Mal remunerado	29 / 41	72,0	55,8	84,0	0,103	1,386	1,000	1,827
Mais ou menos bem remunerado	62 / 104	59,9	49,0	69,8		1,152	0,893	1,485
Bem/Muito bem remunerado	54 / 101	52,0	42,4	61,4		1,000	-	-
Renda mensal (salário mínimo)								
De 2 a 5	50 / 84	59,6	48,2	70,1	0,971	1,008	0,760	1,338
De 5 a 10.	45 / 80	57,7	46,9	67,8		0,975	0,736	1,293
Mais de 10.	50 / 82	59,1	46,2	70,9		1,000	-	-
É a principal fonte de renda da família								
Sim	104 / 180	58,1	50,0	65,8	0,668	0,948	0,744	1,208
Não	41 / 66	61,3	48,5	72,6		1,000	-	-
Renda familiar mensal (salário mínimo)								
De 3 a 5	15 / 23	64,9	44,5	81,0	0,825	1,120	0,800	1,570
De 5 a 10.	53 / 88	59,1	48,6	68,8		1,020	0,801	1,299
De 10 ou mais	77 / 135	57,9	48,1	67,1		1,000	-	-
Percepção da saúde financeira								
Péssima/Regular	75 / 114	67,2	58,1	75,2	0,034*	1,278	1,013	1,612
Excelente/Boa	70 / 132	52,6	42,7	62,3		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Associação significativa (p<0,05)

7.2.2 Características do trabalho

Os resultados da análise dos dados relacionados à prevalência de FC entre os policiais da PEFOCE, considerando as características do trabalho, serão descritos detalhadamente, destacando as variáveis com significância estatística ($p < 0,05$).

Entre as variáveis analisadas, a região de trabalho (capital ou interior) não apresentou associação estatisticamente significativa, com prevalências de FC de 58,8% no interior e 58,9% na capital, e RP de 0,999 (IC95%: 0,793-1,259; $p = 0,996$). De forma semelhante, a função desempenhada (perito criminal/adjunto, legista ou auxiliar de perícia) também não demonstrou impacto significativo, com prevalências variando de 57,6% (auxiliares de perícia) a 59,9% (peritos criminais/adjuntos).

A análise por coordenadoria mostrou uma tendência, ainda que sem significância estatística ($p = 0,077$). Policiais das coordenadorias COMEL/COPEC apresentaram maior prevalência de FC (61,6%) em comparação aos da CALF/CIHPB (47,9%), com uma RP de 1,286 (IC95%: 0,950-1,740).

O tempo de trabalho na segurança pública também não revelou associação significativa, com prevalências de 55,4% para aqueles com até 5 anos de serviço e 61,8% para os com 6 anos ou mais, e uma RP de 0,896 (IC95%: 0,715-1,123; $p = 0,341$). Já o regime de trabalho mostrou uma tendência relevante, mas não significativa ($p = 0,126$). Aqueles que trabalham em regime de plantão apresentaram uma maior prevalência (60,6%) em comparação aos que não trabalham nesse regime (45,2%), com uma RP de 1,342 (IC95%: 0,874-2,059).

A presença de atividade extra-PEFOCE não demonstrou impacto significativo, com prevalências de 59,7% entre os que possuem outra atividade profissional e 58,1% entre os que não possuem (RP=1,029; IC95%: 0,816-1,298; $p = 0,809$).

A intenção de rotatividade, ou seja, intenção de mudar de emprego, apresentou associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Policiais que já cogitaram deixar o trabalho na PEFOCE exibiram uma prevalência de FC de 72,1%, consideravelmente maior do que os que nunca apresentaram intenção de rotatividade (48,0%). A RP foi de 1,504 (IC95%: 1,212-1,867), indicando que a intenção de rotatividade está fortemente associada a uma maior prevalência de FC (Tabela 15).

Os resultados destacam que, entre as variáveis relacionadas ao ambiente de trabalho, a intenção de rotatividade é a única significativamente associada à FC. Outras características, como a região de trabalho, função desempenhada, coordenadoria, tempo de trabalho, regime de plantão e atividades extras, não mostraram associações significativas. Estes

achados reforçam a importância de investigar fatores motivacionais e de satisfação no trabalho para entender e mitigar a FC entre os profissionais da segurança pública.

Tabela 15 – Prevalência da fadiga por compaixão, associação e razão de prevalência em função das características do trabalho dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Característica do trabalho	n/N	%	95% IC		p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS			LI	LS
Região de trabalho								
Interior	71 / 117	58,8	48,3	68,7	0,996	0,999	0,793	1,259
Capital	74 / 129	58,9	49,9	67,3		1,000	-	-
Função								
Perito criminal/adjunto	50 / 83	59,9	49,1	69,8	0,956	1,040	0,809	1,336
Legista (médico ou perito legista)	40 / 69	59,2	45,7	71,5		1,027	0,773	1,366
Auxiliar de perícia	55 / 94	57,6	47,0	67,6		1,000	-	-
Coordenadoria								
COMEL/COPEC	119 / 191	61,6	53,7	68,9	0,077	1,286	0,950	1,740
CALF/CIHPB	26 / 55	47,9	35,1	61,0		1,000	-	-
Tempo de trabalho na segurança pública								
Até 5 anos	67 / 117	55,4	46,1	64,3	0,341	0,896	0,715	1,123
6 anos ou mais	78 / 129	61,8	51,9	70,8		1,000	-	-
Trabalha em regime de plantão								
Sim	132 / 216	60,6	53,2	67,5	0,126	1,342	0,874	2,059
Não	13 / 30	45,2	28,0	63,6		1,000	-	-
Possui atividade extra PEFOCE								
Sim	58 / 97	59,7	48,5	70,1	0,809	1,029	0,816	1,298
Não	87 / 149	58,1	49,7	65,9		1,000	-	-
Intenção de rotatividade								
Sim	80 / 110	72,1	63,3	79,6	0,000*	1,504	1,212	1,867
Não	65 / 136	48,0	39,1	56,9		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Associação significativa ($p < 0,05$)

7.2.3 Hábitos de vida

A análise dos hábitos de vida dos policiais da PEFOCE, no contexto da prevalência de FC, revelou resultados interessantes e destacaram-se algumas associações significativas. A variável referente à alimentação diária com padrão inadequado não apresentou associação estatisticamente significativa com a FC ($p=0,573$). A prevalência entre aqueles que relataram padrões inadequados foi de 63,0%, comparada a 57,7% para os que seguem padrões adequados, com uma RP de 1,093 (IC95%: 0,812-1,471). Da mesma forma, o padrão de atividade física

também não mostrou relevância estatística ($p=0,353$), apresentando prevalências de 64,6% para fisicamente inativos e 57,4% para fisicamente ativos ($RP=1,126$; $IC95\%: 0,886-1,431$).

A prática de atividade física, seja de intensidade leve/moderada ou vigorosa, também não revelou associação significativa com a FC. Para as atividades leves/moderadas, a prevalência foi de 61,2% entre os que não praticavam e 57,9% entre os que praticavam ($p=0,633$). Já para as atividades vigorosas, a prevalência foi de 58,3% entre os que não praticavam e 59,6% entre os que praticavam ($p=0,846$). Porém, o uso nocivo de telas no tempo livre, demonstrou uma associação importante ($p=0,004$). A prevalência de FC foi, substancialmente, maior entre os que relataram uso nocivo de telas (70,7%) do que entre os que não relataram (51,1%), com uma RP de 1,383 ($IC95\%: 1,119-1,709$).

A realização de atividades para a saúde mental nos últimos 6 meses apresentou relevância estatística ($p=0,022$). Os que não realizaram tais atividades apresentaram uma prevalência de FC maior (69,7%) em relação aos que as realizaram (53,5%), com uma RP de 1,304 ($IC95\%: 1,047-1,623$). Contudo, o tipo de atividade realizada, como a prática de AADCP, estudo e/ou leitura, terapia e/ou meditação, e artes e/ou artesanato, não mostrou influência significativa na prevalência de FC. Apesar de não significativa ($p=0,158$), a prática de AADCP apresentou uma tendência, com a maior prevalência de FC em policiais que fizeram essa prática (76,0%) comparado aos que não fizeram (57,5%), com uma RP de 1,322 ($IC95\%: 0,971-1,801$).

No que diz respeito à frequência de atividades de lazer, também não se encontrou associação significativa ($p=0,361$). Apesar disso, as prevalências foram maiores entre aqueles que realizavam atividades de lazer anualmente ou raramente (74,5%) em comparação com os que realizam diariamente ou semanalmente (56,6%), com uma RP de 0,760 ($IC95\%: 0,543-1,063$) (Tabela 16).

De maneira geral, os resultados indicam que hábitos relacionados ao uso nocivo de telas e à ausência de cuidados com a saúde mental influenciam significativamente a prevalência de FC. Esses fatores comportamentais e emocionais se destacam como alvos prioritários para intervenções, enquanto outros aspectos, como atividade física, alimentação e frequência de lazer, não apresentaram impacto relevante.

Tabela 16 – Prevalência da Fadiga por Compaixão, associação, razão de prevalência em função dos hábitos de vida dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Hábitos de vida	n/N	%	95% IC		p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS			LI	LS
Alimentação diária com padrão inadequado								
Sim	31 / 50	63,0	45,5	77,7	0,573	1,093	0,812	1,471
Não	114 / 196	57,7	50,2	64,8		1,000	-	-
Padrão de AF								
Fisicamente inativos	29 / 49	64,6	50,4	76,7	0,353	1,126	0,886	1,431
Fisicamente ativos	116 / 197	57,4	49,8	64,6		1,000	-	-
AF intensidade leve ou moderada								
Não	41 / 71	61,2	49,1	72,1	0,633	1,058	0,841	1,330
Sim	104 / 175	57,9	49,8	65,5		1,000	-	-
AF intensidade vigorosa								
Não	74 / 131	58,3	48,8	67,2	0,846	0,978	0,781	1,225
Sim	71 / 115	59,6	49,8	68,7		1,000	-	-
Uso nocivo de telas no tempo livre¹								
Sim	67 / 98	70,7	60,3	79,3	0,004*	1,383	1,119	1,709
Não	78 / 148	51,1	42,6	59,5		1,000	-	-
Atividades para saúde mental (6 meses)								
Não	59 / 87	69,7	58,7	78,8	0,022*	1,304	1,047	1,623
Sim	86 / 159	53,5	44,8	62,0		1,000	-	-
AADCP² (6 meses)								
Sim	14 / 18	76,0	49,3	91,1	0,158	1,322	0,971	1,801
Não	131 / 228	57,5	50,3	64,4		1,000	-	-
Atividades para saúde mental incluindo estudo e/ou leitura (6 meses)								
Sim	8 / 13	56,8	28,5	81,3	0,885	0,963	0,570	1,628
Não	137 / 233	59,0	52,0	65,6		1,000	-	-
Atividades para saúde mental incluindo Terapia e/ou meditação (6 meses)								
Sim	29 / 55	53,4	40,0	66,4	0,373	0,884	0,666	1,174
Não	116 / 191	60,4	52,5	67,9		1,000	-	-
Atividades para saúde mental incluindo artes e/ou artesanato (6 meses)								
Sim	33 / 64	51,9	37,5	66,1	0,240	0,846	0,626	1,143
Não	112 / 182	61,4	54,1	68,3		1,000	-	-
Frequência de atividades de lazer								
Diariamente/Semanalmente	98 / 171	56,6	48,4	64,5	0,361	0,760	0,543	1,063
Quinzenal/Mensalmente	39 / 63	61,8	50,1	72,3		0,830	0,578	1,193
Anualmente/Raramente	8 / 12	74,5	46,7	90,7		1,000	-	-
Realiza atividades de lazer diariamente/ semanalmente								
Sim	98 / 171	56,6%	48,4%	64,5	0,261	0,888	0,725	1,088
Não	47 / 75	63,7	53,1	73,1		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Associação significativa ($p < 0,05$)

¹Refere-se ao uso de computador, celular ou tablet por mais de 3 horas no tempo livre

²Atividades de altas demandas cognitivas e psicossociais

7.2.4 Exposição à violência

A análise dos dados relacionados à prevalência de FC entre os policiais da PEFOCE, com foco na exposição à violência, revela associações importantes. De forma geral, a exposição a diferentes formas de violência mostrou-se significativamente associada à prevalência de FC, destacando fatores que aumentam a vulnerabilidade desse grupo.

Primeiramente, a exposição geral à violência apresentou uma associação altamente significativa ($p=0,002$). A prevalência de FC foi de 61,4% entre os policiais expostos à violência, em comparação com 25,2% entre aqueles que não foram expostos, resultando em uma razão de prevalência (RP) de 2,437 (IC95%: 1,133-5,244). Este resultado reforça o impacto geral da exposição à violência no desenvolvimento de FC.

A vitimização policial também mostrou associação significativa ($p=0,012$). Policiais que relataram terem sido vítimas de violência durante a execução do seu trabalho ou que tiveram conhecimento da vitimização de um colega apresentaram uma prevalência de 62,6%, enquanto os que não relataram vitimização apresentaram prevalência de 42,4%, com uma RP de 1,476 (IC95%: 1,039-2,099). Esse dado evidencia que experiências pessoais de violência no trabalho, mesmo ocorrida com um colega, aumentam o risco de FC.

A exposição a uma ou mais formas de violência - física, psicológica, moral ou financeira - seja consigo ou com colegas, também foi significativa ($p=0,003$) e teve uma prevalência de 64,0% entre os expostos, contra 41,7% entre os não expostos (RP=1,532; IC95%: 1,111-2,114). O impacto dessas formas de violência também analisado separadamente. Os resultados indicam que a violência física apresentou uma prevalência de 69,5% entre os expostos, em comparação a 53,3% entre os não expostos, com uma RP de 1,303 (IC95%: 1,030-1,649; $p=0,046$). A violência psicológica também se mostrou significativa, com prevalências de 67,4% entre os expostos e 52,8% entre os não expostos, e uma RP de 1,276 (IC95%: 1,013-1,607; $p=0,046$). A violência moral teve uma prevalência de 68,5% entre os expostos, comparada a 50,9% entre os não expostos, com uma RP de 1,346 (IC95%: 1,074-1,687; $p=0,012$). Já a violência financeira não apresentou associação significativa, com prevalências de 63,3% para expostos e 55,1% para não expostos ($p=0,247$).

Outro fator importante foi o relato de risco de lesão por arma de fogo e/ou atendimento a ocorrências com policiais em óbito, que representa o risco de morte entre os policiais da PEFOCE. A exposição a esse tipo de violência apresentou uma associação significativa ($p=0,001$). Policiais que vivenciaram essas situações tiveram uma prevalência de

74,4%, em contraste com 52,1% entre os que não vivenciaram, resultando em uma RP de 1,427 (IC95%: 1,176-1,732).

Por fim, policiais que trabalham com violência, atendendo vítimas (fatais ou não fatais) e/ou os familiares, também apresentaram maior prevalência de FC (64,4%), em comparação aos que não atendem (41,1%). Essa associação foi significativa ($p=0,002$), com uma RP de 1,566 (IC95%: 1,141-2,148) (Tabela 17).

Os resultados evidenciam que a exposição à violência, direta ou indireta, tem impacto significativo na prevalência de FC entre os policiais forenses. Experiências como vitimização, atendimento a vítimas de violência e risco de lesão por arma de fogo ou atendimento a ocorrências com policiais em óbito, aumentam consideravelmente o risco.

Tabela 17 – Prevalência da fadiga por compaixão, associação e razão de prevalência em função da exposição à violência dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

(continua)

Exposição à violência	n/N	%	95% IC		p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS			LI	LS
Exposição geral à violência¹								
Sim	140 / 227	61,4	54,2	68,1	0,002*	2,437	1,133	5,244
Não	5 / 19	25,2	10,9	48,2		1,000	-	-
Vitimização policial²								
Sim	124 / 196	62,6	55,1	69,5	0,012*	1,476	1,039	2,099
Não	21 / 50	42,4	28,9	57,1		1,000	-	-
Violência consigo e/ou com o colega³								
Sim	119 / 185	64,0	56,2	71,0	0,003*	1,532	1,111	2,114
Não	26 / 61	41,7	29,7	54,9		1,000	-	-
Violência física consigo e/ou com o colega								
Sim	47 / 69	69,5	55,4	80,7	0,046*	1,303	1,030	1,649
Não	95 / 174	53,3	45,5	61,0		1,000	-	-
Violência psicológica consigo e/ou com o colega								
Sim	67 / 101	67,4	55,8	77,2	0,046*	1,276	1,013	1,607
Não	77 / 144	52,8	44,2	61,2		1,000	-	-
Violência moral consigo e/ou com o colega								
Sim	72 / 103	68,5	57,7	77,6	0,012*	1,346	1,074	1,687
Não	72 / 142	50,9	42,2	59,5		1,000	-	-
Violência financeira consigo e/ou com o colega								
Sim	67 / 104	63,3	52,4	73,0	0,247	1,149	0,911	1,449
Não	78 / 142	55,1	46,2	63,7		1,000	-	-

Tabela 17 – Prevalência da Fadiga por Compaixão, associação, razão de prevalência em função da exposição à violência dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023. (conclusão)

Exposição à violência	n/N	%	95% IC		p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS				
Sofreu risco de lesão por arma de fogo e/ou atendeu ocorrência com policial em óbito⁴								
Sim	50 / 70	74,4	63,2	83,2	0,001*	1,427	1,176	1,732
Não	95 / 176	52,1	44,4	59,8		1,000	-	-
Trabalho com violência⁵								
Sim	118 / 181	64,4	56,3	71,8	0,002*	1,566	1,141	2,148
Não	27 / 65	41,1	29,8	53,5		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Associação significativa ($p < 0,05$)

¹Policiais que foram vítimas de violência e/ou trabalham com violência

²Policial que já sofreu violência física, psicológica, moral ou financeira no trabalho (ou soube de ocorrido com colega) e/ou, nos últimos 12 meses, sofreu risco de lesão por arma de fogo e/ou atendeu ocorrência com policial em óbito

³Policial que já sofreu violência física, psicológica, moral ou financeira no trabalho (ou soube de ocorrido com colega)

⁴Exposição nos últimos 12 meses

⁵Refere-se ao trabalho mais direto com violência, realizando atendimento a vítimas de violência e/ou familiares e/ou, nos últimos 12 meses, atendimento a ocorrências com cadáver

7.2.5 Risco para outros adoecimentos psíquicos

A análise dos dados relacionados à prevalência de FC em função do risco de outros adoecimentos psíquicos entre os policiais da PEFOCE revelou associações relevantes. Os resultados destacam a importância da saúde mental como fator determinante para a prevalência dessa condição, com algumas variáveis mostrando associações estatisticamente significativas.

Entre os policiais que apresentaram sofrimento mental, a prevalência de FC foi significativamente mais alta (84,5%) em comparação aos que não apresentaram sofrimento mental (44,6%). Essa associação foi altamente significativa ($p < 0,001$), com uma razão de prevalência (RP) de 1,893 (IC95%: 1,534-2,335). Esse resultado evidencia o impacto direto do sofrimento mental na ocorrência de FC.

O risco para suicídio, definido por classificações moderadas, altas ou muito altas no Índice Geral de Risco para Suicídio (IGRS), apresentou uma prevalência de 63,6% entre os policiais com risco, enquanto aqueles sem risco apresentaram uma prevalência de 50,5%. Embora a associação tenha mostrado uma tendência (RP=1,258; IC95%: 0,973-1,627), esta não atingiu significância estatística ($p=0,067$).

Os indícios de dependência (pelo menos uma droga) apresentaram uma associação

significativa com a FC ($p=0,013$). Policiais com indícios de dependência exibiram uma prevalência de 93,0%, enquanto aqueles sem dependência apresentaram uma prevalência de 57,6%. A RP foi de 0,619 (IC95%: 0,515-0,744), sugerindo que a dependência de substâncias pode atuar como um fator de risco para FC.

O uso nocivo de substâncias foi analisado separadamente para drogas lícitas e ilícitas. No caso de drogas lícitas, a prevalência foi maior entre aqueles com TUS (66,0%) do que entre os não apresentaram TUS (56,7%), mas sem significância estatística ($p=0,318$). De forma semelhante, para drogas ilícitas, a prevalência foi de 69,9% entre policiais com TUS, em comparação a 57,7% entre os sem TUS, também sem associação significativa ($p=0,487$) (Tabela 18).

Tabela 18 – Prevalência da Fadiga por Compaixão, associação, razão de prevalência em função de outros adoecimentos psíquicos dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Outros adoecimentos psíquicos	n/N	%	95% IC		p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS			LI	LS
Sofrimento mental								
Sim	72 / 84	84,5	72,7	91,7	0,000*	1,893	1,534	2,335
Não	73 / 162	44,6	36,8	52,7		1,000	-	-
Risco para suicídio¹								
Sim	100 / 159	63,6	54,8	71,5	0,067	1,258	0,973	1,627
Não	45 / 87	50,5	39,6	61,4		1,000	-	-
Indícios de dependência (pelo menos uma droga)								
Não	138 / 238	57,6	50,9	64,0	0,013*	0,619	0,515	0,744
Sim	7 / 8	93,0	60,0	99,1		1,000	-	-
TUS para pelo menos uma droga lícita								
Sim	37 / 55	66,0	48,9	79,8	0,318	1,165	0,882	1,539
Não	108 / 191	56,7	49,1	64,0		1,000	-	-
TUS para pelo menos uma droga ilícita								
Sim	13 / 18	69,9	34,6	91,1	0,487	1,210	0,761	1,925
Não	132 / 228	57,7	50,8	64,3		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Associação significativa ($p<0,05$)

¹O risco para suicídio foi considerado positivo quando o IGRS foi classificado como moderado, alto ou muito alto

Os resultados indicam que o sofrimento mental é o principal fator associado à FC entre os policiais analisados, com uma relação estatisticamente significativa e uma alta magnitude de efeito, assim como a relação entre dependência de drogas e FC, embora seja menos intensa. Apesar do risco para suicídio ter mostrado tendência importante, ele não atingiu

significância estatística. Esses achados reforçam a necessidade de intervenções focadas na saúde mental e na prevenção de adoecimentos psíquicos como estratégias para reduzir a prevalência de FC entre os policiais.

De forma sintética, na análise bivariada, os principais achados indicaram que, entre as características sociodemográficas, não houve diferenças significativas na prevalência de FC considerando sexo, raça, idade, situação conjugal, crença religiosa, área de formação e renda.

O número de pessoas na residência apresentou associação significativa ($p=0,048$), sugerindo que morar com menos pessoas constitui um fator protetor, reduzindo o risco de FC em 16,9% (morar com mais duas pessoas) ou até 25,9% (morar sozinho ou com outra pessoa). A percepção da saúde financeira também apresentou associação significativa ($p=0,034$); policiais que consideraram sua saúde financeira como “péssima” ou “regular” tiveram um risco 27,8% maior de FC ($p=0,034$).

Em relação às condições de trabalho, a intenção de rotatividade foi fortemente associada à FC, aumentando o risco em 50,4% entre aqueles que consideraram deixar a instituição ($p<0,001$).

No que diz respeito aos hábitos de vida, o uso nocivo de telas no tempo livre foi associado a um risco 38,3% maior de FC ($p=0,004$); e a ausência de atividades voltadas à saúde mental nos últimos seis meses aumentou em 30,4% o risco de FC ($p=0,022$), evidenciando a importância de intervenções para o bem-estar emocional desses profissionais.

A exposição à violência teve impacto significativo na prevalência de FC. O atendimento a vítimas de violência foi associado a um risco 56,6% maior de FC ($p=0,002$), enquanto a vitimização policial aumentou o risco em 47,6% ($p=0,012$). Das formas de vitimização, experiências com situações de risco de lesão por arma de fogo ou ocorrência de policial em óbito aumentaram o risco de FC em 42,7% ($p=0,001$); enquanto experiências de violência física, psicológica, moral ou financeira, consigo ou com o colega, aumentaram o risco em 53,2% ($p=0,003$).

Por fim, entre os transtornos mentais analisados, o sofrimento mental foi o fator mais associado à FC, com um risco 89,3% maior ($p<0,001$), assim como início de dependência química, cuja ausência atua como fator protetivo, reduzindo o risco de FC em 61,9% ($p=0,013$).

Esses achados destacam a relevância de identificar e tratar transtornos psíquicos para mitigar os efeitos da FC entre os policiais, e reforçam a necessidade de estratégias direcionadas para lidar com os fatores de risco identificados, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida desses profissionais.

7.3 Análise multivariada dos fatores associados à fadiga por compaixão

A análise multivariada dos fatores relacionados à FC entre os policiais da PEFOCE foi realizada com base no quadro 1, que apresenta a distribuição das variáveis organizadas por blocos temáticos do questionário e níveis do modelo de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) correspondentes. Essa estrutura permitiu identificar as variáveis relacionadas à FC correspondente a cada nível de DSS – nível proximal (fatores individuais); nível intermediário (fatores relacionados ao estilo de vida e hábitos comportamentais; rede de apoio; condições de trabalho e renda) e nível distal (fatores ligados a condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade).

No bloco de características sociodemográficas, os fatores que foram levados para o modelo de regressão multivariada, por apresentarem significância de até 25% na análise bivariada, foram: o número de pessoas com quem o policial reside e autoavaliação da saúde financeira, que apresentaram associação estatisticamente significativa com a FC ($p=0,048$ e $0,034$, respectivamente), assim como autoavaliação da remuneração ($p=0,103$). Entre as características do trabalho, a intenção de rotatividade foi a variável mais significativa ($p<0,001$), sendo levada para o modelo juntamente com as variáveis coordenadoria de atuação ($p=0,077$) e trabalho em regime de plantão ($p=0,126$).

No domínio dos hábitos de vida, as variáveis que foram levadas para o modelo foram o uso nocivo de telas no tempo livre e realização de atividades voltadas à saúde mental nos últimos seis meses, ambos com associação significativa na análise bivariada (p -valor de $0,004$ e $0,022$, respectivamente); além de ida ao cinema e/ou realização de atividades para a saúde mental ($p=0,135$); prática de AADCP como atividade para a saúde mental ($p=0,158$); prática de artes e/ou artesanato como atividade para a saúde mental ($p=0,240$).

As variáveis relativas à exposição à violência, tanto a forma generalizada - exposição geral à violência ($p=0,002$) - como as subdivisões - vitimização policial ($p=0,012$) e trabalho com violência ($p=0,002$) – foram associadas de forma significativa à FC. Variáveis específicas, como violências física, psicológica e moral consigo ou com colegas ($p=0,046$; $p=0,046$; $p=0,012$, respectivamente), também apresentaram associações relevantes. A experiência de risco de lesão por arma de fogo ou atendimento a ocorrências com policiais em óbito foi altamente significativa ($p=0,001$), reforçando o impacto de eventos extremos na saúde emocional dos policiais.

Entre os adoecimentos psíquicos, o sofrimento mental foi a variável mais fortemente associada à FC ($p < 0,001$). Policiais que apresentaram sofrimento mental tiveram uma prevalência significativamente maior da condição. O risco para suicídio também foi levado para o modelo, embora a associação não tenha sido significativa ($p = 0,067$). Índícios de dependência (pelo menos uma droga) também foram relevantes ($p = 0,013$), cuja ausência se apresentou como fator de proteção à FC.

Quadro 1 – Distribuição em níveis dos determinantes sociais da saúde para análise multivariada dos fatores relacionados à Fadiga por Compaixão em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Bloco	Variável	P-valor	Nível DSS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Número de pessoas com quem mora	0,048	Intermediário Rede de apoio
	Como considera sua remuneração	0,103	Intermediário
	Percepção da saúde financeira	0,034	Condições de trabalho e renda
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	Coordenadoria	0,077	Intermediário Condições de trabalho e renda
	Trabalha em regime de plantão	0,126	
	Intenção de rotatividade	0,000	
HÁBITOS DE VIDA	Uso nocivo de telas no tempo livre¹	0,004	Intermediário Estilo de vida e hábitos comportamentais
	Atividades para saúde mental²	0,022	
	Cinema e/ou atividades para saúde mental²	0,135	
	AADCP para saúde mental²	0,158	
	Artes e/ou artesanato como atividade p/ saúde mental²	0,240	
EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA	Exposição geral à violência³	0,002	Distal Condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade
	Vitimização policial	0,012	
	Violência física, psicológica, moral, financeira consigo e/ou com o colega	0,003	
	Violência física consigo e/ou colega	0,046	
	Violência psicológica consigo e/ou colega	0,046	
	Violência moral consigo e/ou colega	0,012	
	Violência financeira consigo e/ou colega	0,247	
	Sofreu risco de lesão por arma de fogo e/ou atendeu ocorrência com policial em óbito (últimos 12 meses)	0,001	
	Trabalho com violência⁴	0,002	
	Sofrimento mental	0,000	
OUTROS ADOECIMENTOS PSÍQUICOS	Risco para suicídio	0,067	Distal Condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade
Índícios de dependência (pelo menos uma droga)	0,013		

Fonte: Autoria própria.

Nota: ¹Refere-se ao uso de computador, celular ou tablet por mais de 3 horas no tempo livre.

²Referente aos últimos 6 meses.

³Policiais que foram vítimas de violência e/ou trabalham atendendo vítimas de violência.

⁴Refere-se ao trabalho mais direto com violência, realizando atendimento a vítimas de violência e/ou familiares e/ou, nos últimos 12 meses, atendimento a ocorrências com cadáver

A análise multivariada das variáveis relacionadas à FC em policiais de perícia forense foi estruturada de acordo com o modelo de Determinação Social do Adoecimento, que classifica os fatores em níveis hierárquicos. Esses níveis incluem fatores distais, intermediários e proximais.

Os fatores distais foram representados pelas variáveis relacionadas à exposição à violência e aos adoecimentos psíquicos. Essas variáveis refletem condições estruturais e sociais mais amplas que influenciam o adoecimento dos policiais, como a exposição a situações violentas, vitimização, risco de lesão por arma de fogo e sofrimento mental, entre outros. Essas condições destacam o impacto do contexto social e das experiências traumáticas no bem-estar emocional.

Embora boa parte da exposição à violência dos policiais de perícia forense seja decorrente das características inerentes ao trabalho pericial, esse critério não foi inserido entre os fatores intermediários por sofrer influência direta dos níveis de violência da sociedade, que impactam, em quantidade e qualidade, a exposição desses profissionais a situações traumáticas em seu contexto de trabalho. Analisar a exposição à violência entre os fatores distais evidencia a necessidade de atuação em termos de políticas públicas no sentido de reduzir os índices de violência em nível macroestrutural.

Os fatores intermediários foram organizados em três subníveis. O primeiro subnível, referente ao estilo de vida e hábitos comportamentais, incluiu o uso nocivo de telas no tempo livre e a realização de atividades voltadas para a saúde mental. Essas variáveis refletem escolhas comportamentais que podem atuar tanto como fatores de proteção quanto de risco para a FC.

O segundo subnível, denominado redes de apoio, foi representado pelo número de pessoas com quem o policial reside. Essa variável destacou a importância das conexões interpessoais no suporte emocional e na capacidade de lidar com as pressões do trabalho.

Por fim, o terceiro subnível, relacionado às condições de trabalho e renda, incluiu variáveis como características específicas relacionadas ao trabalho (coordenadoria de lotação, regime de plantão e intenção de rotatividade), percepção sobre a remuneração e avaliação da saúde financeira. Essas variáveis são fundamentais para compreender a relação entre as condições econômicas e laborais e o adoecimento psicoemocional.

Os resultados desta análise, organizados em um modelo de DSS, mostram que a FC entre os policiais da PEFOCE é influenciada por uma combinação de fatores sociais,

econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e relacionais. O sofrimento mental, a exposição à violência, o uso nocivo de telas e a ausência de estratégias de cuidado mental emergem como os principais determinantes dessa condição. A categorização das variáveis em níveis e blocos ajuda a compreender as múltiplas dimensões que interagem para impactar a saúde emocional desses profissionais, oferecendo subsídios para a formulação de políticas públicas e intervenções preventivas.

Apesar da relevância das características pessoais para o modelo de Determinação Social do Adoecimento, como idade, sexo biológico e raça, essas variáveis não foram selecionadas para a análise por não apresentarem associação estatisticamente relevante com a FC na análise bivariada. Desse modo, o foco foi direcionado para os fatores contextuais e comportamentais.

A organização das variáveis em níveis intermediários e distais evidencia a complexidade das interações entre as condições de trabalho, os hábitos de vida, as redes de apoio e o ambiente social mais amplo. Esses resultados reforçam a necessidade de intervenções sistêmicas que considerem tanto os indivíduos quanto as estruturas e condições em que estão inseridos, promovendo o bem-estar e a redução do risco de adoecimento psicoemocional entre os policiais de perícia forense.

7.3.1 Modelo hierárquico com os fatores intermediários

O modelo com os fatores intermediários aborda as variáveis situadas em níveis que refletem condições e contextos mais diretamente relacionados ao cotidiano dos policiais de perícia forense. Esses fatores abrangem dimensões associadas às condições de trabalho e renda, hábitos comportamentais e redes de apoio, oferecendo uma visão integrada das influências que atuam entre as características individuais e os determinantes sociais mais amplos. A análise desse modelo busca explorar como as condições econômicas e de trabalho, os comportamentos diários e os relacionamentos interpessoais impactam a saúde psicoemocional e contribuem para a prevalência da FC.

7.3.1.1 Modelo hierárquico de primeiro nível: Estilo de vida e hábitos comportamentais

Com base na análise multivariada dos fatores associados à FC entre os policiais da PEFOCE, foi possível identificar associações significativas ao nível de significância de 10% entre a prevalência de FC e variáveis relacionadas ao estilo de vida e hábitos comportamentais

dos policiais da PEFOCE. As análises destacaram três fatores principais (Tabela 19).

Primeiramente, o uso nocivo de telas no tempo livre demonstrou impacto significativo na prevalência de FC. Policiais que relataram uso nocivo de dispositivos eletrônicos apresentaram uma razão de prevalência (RP) de 1,346 (90%IC: 1,091-1,660; $p=0,006$) em comparação aos que não relataram tal comportamento. Isso significa que o uso nocivo de telas aumenta em 34,6% a probabilidade de o policial apresentar FC. Esse resultado evidencia o impacto do uso excessivo de tecnologia no desgaste emocional, possivelmente relacionado à dificuldade em desconectar-se das demandas psicológicas.

Além disso, a falta de atividades voltadas à saúde mental nos últimos 6 meses também apresentou associação significativa com a FC. Policiais que não realizaram essas atividades apresentaram uma RP de 1,337 (90%IC: 1,061-1,385; $p=0,014$) em relação aos que participaram de práticas de cuidado mental. A ausência dessas atividades aumentou o risco de FC em 33,7%, reforçando a importância de estratégias regulares de cuidado emocional para mitigar os impactos do trabalho.

A realização de AADCP como recurso para saúde mental apresentou-se como fator de risco à FC, com RP de 1,346 (90%IC: 1,091-1,660; $p=0,026$). Esse achado evidencia que, apesar de atividades para saúde mental serem protetivas à FC, quando elas exigem maior concentração e esforço cognitivo, possuem efeito oposto, aumentando o risco de FC em 34,6%.

Os resultados destacam que hábitos comportamentais e escolhas relacionadas ao bem-estar mental têm um papel crucial na prevenção da FC.

Tabela 19 – Razão de prevalência da Fadiga por Compaixão em função dos fatores relacionados ao estilo de vida e hábitos comportamentais dos policiais da PEFOCE, Ceará, 2023.

Variável	p	RP	90%IC (RP)	
			LI	LS
Uso nocivo de telas (computador, celular ou tablet) no tempo livre				
Sim	0,006*	1,346	1,091	1,660
Não		1,000	-	-
Atividades para saúde mental (6 meses)				
Não	0,014*	1,337	1,061	1,685
Sim		1,000	-	-
AADCP (6 meses)¹				
Sim	0,026*	1,346	1,091	1,660
Não		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Significância de 10% ($p<0,10$)

¹Atividades de altas demandas cognitivas e psicossociais: inclui a prática das seguintes atividades, nos últimos 6 meses, como recurso para a saúde mental: xadrez, atividade física, andar a cavalo, esporte automotivo, montar quebra cabeça, arte marcial, lavar carro, pescar.

7.3.1.2 Modelo hierárquico de primeiro nível: Redes de apoio

A partir do modelo exposto na tabela 20, verificou-se que, no nível de rede de apoio, o número de pessoas com quem o policial reside foi a única variável com significância estatística ao nível de 5%. A razão de prevalência (RP) de um policial apresentar FC foi significativamente menor entre aqueles que residem sozinhos ou com apenas uma pessoa (RP=0,741; IC95%: 0,569-0,966; p=0,048) e entre os que residem com duas pessoas (RP=0,831; IC95%: 0,644-1,073; p=0,048), quando comparados àqueles que moram com três ou mais pessoas.

Estes resultados indicam que a probabilidade de um policial desenvolver FC é 25,9% menor quando reside sozinho ou com apenas uma pessoa, em comparação com aqueles que vivem em residências com três ou mais pessoas. A relação direta observada entre o tamanho da família e a prevalência de FC pode estar associada ao tipo de interação interpessoal e aos desafios emocionais enfrentados por policiais em diferentes contextos de convivência, como menores ou maiores redes de suporte, que nem sempre estão relacionados ao número de pessoas.

Tabela 20 – Razão de prevalência da Fadiga por Compaixão em função dos fatores relacionados à rede de apoio dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Variável	p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS
Pessoas na residência				
0 ou 1 pessoa	0,048*	0,741	0,569	0,966
2 pessoas		0,831	0,644	1,073
pelo menos 3 pessoas		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Significância de 5% (p<0,05)

7.3.1.3 Modelo hierárquico de primeiro nível: Condições de trabalho e renda

Com base nos dados da tabela 21, o modelo revelou três fatores associados à prevalência de FC entre os policiais da PEFOCE, ao nível de significância de 10%, considerando as condições de trabalho e renda.

Primeiramente, a avaliação da saúde financeira teve um impacto significativo. Policiais que classificaram sua saúde financeira como péssima ou regular apresentaram uma razão de prevalência (RP) de 1,237 (90%IC: 0,993-1,541; p=0,058) em comparação com

aqueles que a avaliaram como boa ou excelente. Isso indica que a má avaliação financeira aumenta a probabilidade de desenvolvimento de FC em 23,7%, tornando os policiais com saúde financeira comprometida mais vulneráveis ao desgaste emocional.

Além disso, a coordenadoria de atuação também foi associada à prevalência de FC. Policiais atuantes na COMEL ou COPEC apresentaram uma RP de 1,268 (90%IC: 0,956-1,681; $p=0,099$) em relação àqueles que trabalham nas coordenadorias CALF ou CIHPB. Este resultado sugere que o ambiente ou as demandas específicas de trabalho dessas coordenadorias podem aumentar a probabilidade de FC em 26,8%.

Por fim, o fator mais impactante identificado foi a intenção de rotatividade. Policiais que relataram já ter pensado em sair da instituição apresentaram uma RP de 1,441 (90%IC: 1,162-1,787; $p=0,001$), ou seja, um aumento de 44,1% no risco de FC em comparação com aqueles que nunca cogitaram essa possibilidade. Este achado reforça a relação entre insatisfação no trabalho e o aumento do desgaste emocional.

Tabela 21 – Razão de prevalência da fadiga por compaixão em função dos fatores relacionados às condições de trabalho e renda dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Variável	p	RP	90%IC (RP)	
			LI	LS
Percepção da saúde financeira				
Péssima/Regular	0,058*	1,237	0,993	1,541
Excelente/Boa		1,000	-	-
Coordenadoria				
COMEL/COPEC	0,099*	1,268	0,956	1,681
CALF/CIHPB		1,000	-	-
Intenção de rotatividade				
Sim	0,001*	1,441	1,162	1,787
Não		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Significância de 10% ($p<0,10$)

Os resultados destacam a importância de intervenções voltadas à melhoria da percepção financeira, ao aprimoramento das condições de trabalho em determinadas coordenadorias e ao fortalecimento da motivação e do engajamento no ambiente de trabalho como estratégias para mitigar a FC entre os policiais da PEFOCE.

7.3.1.4 Modelo hierárquico de segundo nível com todos os fatores intermediários

De acordo com a análise multivariada apresentada na tabela 22, o modelo hierárquico de segundo nível identificou os fatores intermediários que explicaram

significativamente a prevalência de FC ao nível de significância de 5%. O modelo integra variáveis relacionadas ao estilo de vida e hábitos comportamentais, rede de apoio, além de condições de trabalho e renda. Os fatores explicativos incluem elementos de proteção e de risco.

Entre os fatores de proteção, destaca-se o número de pessoas com quem o policial mora. Residir com menos de três pessoas foi identificado como um fator protetor. A razão de prevalência (RP) entre os que moram sozinhos ou com apenas uma pessoa foi de 0,736 (95%IC: 0,576-0,941; $p=0,047$), e para aqueles que residem com duas pessoas, a RP foi de 0,866 (95%IC: 0,671-1,117; $p=0,047$), representando redução do risco de FC em 26,4% e 13,4%, respectivamente, quando comparado a morar com 3 ou mais pessoas. Isso indica que morar com menos pessoas reduz o risco de desenvolvimento de FC, possivelmente devido a uma maior independência ou menor exposição a conflitos interpessoais no ambiente doméstico.

Outro fator protetor foi a realização de atividades para a saúde mental nos últimos 6 meses. Policiais que não realizaram atividades voltadas ao cuidado com a saúde mental apresentaram uma RP de 1,239 (95%IC: 0,995-1,544; $p=0,050$), o que significa um aumento de 23,9% no risco de FC em comparação aos que participaram dessas atividades. Esses dados reforçam a importância de práticas regulares de autocuidado para prevenir o desgaste emocional.

Entre os fatores de risco, destaca-se a intenção de rotatividade, que apresentou uma RP de 1,459 (95%IC: 1,185-1,795; $p=0,000$). Este fator aumentou o risco de FC em 45,9%, indicando que a insatisfação ou desejo de mudar de trabalho está fortemente associado ao desenvolvimento de desgaste emocional.

Outro fator de risco significativo foi o uso nocivo de telas no tempo livre, com uma RP de 1,378 (95%IC: 1,122-1,692; $p=0,002$). Policiais que relataram o uso excessivo de dispositivos eletrônicos tiveram um aumento de 37,8% no risco de FC, provavelmente devido à dificuldade de desconexão mental e à sobrecarga cognitiva causada por esse hábito. Além disso, a prática de AADCP relatadas como recurso para a saúde mental também se apresentou como fator de risco, com RP de 1,394 (95%IC: 1,1016-1,913; $p=0,040$), ou seja, policiais que realizaram esse tipo de atividade nos últimos 6 meses estavam em risco 39,4% maior de desenvolver FC.

O modelo hierárquico demonstrou que a interação entre os fatores de proteção e de risco é determinante para a prevalência de FC. A redução de conflitos domésticos, promovida por uma residência com menos pessoas, e a adoção de práticas de autocuidado são essenciais para mitigar os efeitos emocionais do trabalho. Por outro lado, a insatisfação no ambiente profissional, o uso excessivo de dispositivos eletrônicos e a prática de AADCP elevam

significativamente o risco de FC, apontando para áreas prioritárias de intervenção.

Tabela 22 – Razão de prevalência da fadiga por compaixão em função de todos os fatores intermediários dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Variável	p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS
Uso nocivo de telas (computador, celular ou tablet) no tempo livre				
Sim	0,002*	1,378	1,122	1,692
Não		1,000	-	-
Atividades para saúde mental (6 meses)				
Não	0,050*	1,239	0,995	1,544
Sim		1,000	-	-
AADCP (6 meses)¹				
Sim	0,040*	1,394	1,016	1,913
Não		1,000	-	-
Pessoas na residência				
0 ou 1 pessoa	0,047*	0,736	0,576	0,941
2 pessoas		0,866	0,671	1,117
pelo menos 3 pessoas		1,000	-	-
Intenção de rotatividade				
Sim	0,000*	1,459	1,185	1,795
Não		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Significância de 5% ($p < 0,05$)

¹Atividades de altas demandas cognitivas e psicossociais: inclui a prática das seguintes atividades, nos últimos 6 meses, como recurso para a saúde mental: xadrez, atividade física, andar a cavalo, esporte automotivo, montar quebra cabeça, arte marcial, lavar carro, pescar.

7.3.2 Modelo com os fatores distais

De acordo com a tabela 23, a análise multivariada dos fatores distais identificou três variáveis significativamente associadas à maior prevalência de FC, ao nível de significância de 5%. Esses fatores incluem atendimento a vítimas de violência e sofrimento mental, que representam determinantes importantes no contexto do adoecimento psíquico dos policiais da PEFOCE.

O atendimento a vítimas de violência mostrou-se como importante fator de risco à FC, com uma RP de 1,413 (95%IC: 1,046-1,907; $p=0,024$). Policiais que frequentemente lidam com vítimas de violência apresentam um risco 41,3% maior de FC, possivelmente devido ao desgaste emocional acumulado ao lidar com situações traumáticas e sensíveis em sua rotina profissional.

O sofrimento mental foi o fator com a maior associação à prevalência de FC, com uma RP de 1,770 (95%IC: 1,442-2,174; $p=0,000$). Policiais que apresentam sofrimento mental

têm uma probabilidade 77,0% maior de desenvolver FC em comparação aos que não relatam essa condição. Este achado reforça a interconexão entre a saúde mental comprometida e o aumento do desgaste emocional no ambiente de trabalho.

Os resultados mostram que os fatores distais, particularmente o trabalho com violência (realizando atendimento a vítimas de violência e/ou familiares e/ou, nos últimos 12 meses, atendimento a ocorrências com cadáver) e condições de saúde mental, desempenham um papel crucial na determinação da FC. Essas variáveis se destacam como os principais fatores de risco neste nível, apontando a necessidade de suporte psicológico e emocional, além de estratégias para mitigar os efeitos da exposição à violência no contexto profissional.

Tabela 23 – Razão de prevalência da fadiga por compaixão em função da exposição à violência e outros adoecimentos psíquicos (fatores distais) dos policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Variável	p*	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS
Trabalho com violência¹				
Sim	0,024*	1,413	1,046	1,907
Não		1,000	-	-
Sofrimento mental				
Sim	0,000*	1,770	1,442	2,174
Não		1,000		-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Significância de 5% ($p < 0,05$)

¹ Refere-se ao trabalho mais direto com violência, realizando atendimento a vítimas de violência e/ou familiares e/ou, nos últimos 12 meses, atendimento a ocorrências com cadáver

7.3.3 Modelo hierárquico final

O modelo hierárquico final, apresentado na tabela 24, foi ajustado considerando os fatores associados aos níveis intermediário e distal identificados nas análises multivariadas anteriores, considerando um nível de significância de 5%. Esse modelo integrou cinco variáveis que explicam significativamente a prevalência de FC entre os policiais da PEFOCE, no Ceará, em 2023.

Dentre os fatores do nível intermediário, destacaram-se três. O primeiro deles foi o uso nocivo de telas no tempo livre, que foi significativamente associado à FC, com uma RP de 1,326 (95%IC: 1,090-1,614; $p=0,005$), sugerindo que o uso excessivo de dispositivos eletrônicos aumenta em 32,6% o risco de desenvolver a condição. A realização de AADCP como recurso para a saúde mental foi outro fator relevante ao elevar o risco de FC em 50,4%,

posto que policiais que realizaram essas atividades nos últimos seis meses apresentaram uma RP de 1,504 (95%IC: 1,092-2,072; $p=0,013$).

Por fim, a intenção de rotatividade foi o terceiro fator intermediário com impacto relevante, com RP de 1,280 (95%IC: 1,039-1,578; $p=0,021$), indicando que policiais que já pensaram em sair da instituição possuem uma probabilidade 28,0% maior de apresentar FC, evidenciando uma interrelação entre a insatisfação com o ambiente profissional e comprometimento da saúde mental.

Entre os fatores do nível distal, dois se destacaram. O trabalho com violência, realizando atendimento a vítimas e/ou familiares e/ou atendimento a ocorrências com cadáver nos últimos 12 meses, apresentou uma RP de 1,407 (95%IC: 1,043-1,897; $p=0,026$), indicando que policiais que frequentemente lidam com vítimas de violência têm uma probabilidade de 40,7% maior de desenvolver FC, possivelmente devido ao desgaste emocional associado a essas situações traumáticas. O sofrimento mental foi o fator com maior associação à FC, com uma RP de 1,672 (95%IC: 1,367-2,045; $p=0,000$), demonstrando que policiais com sofrimento mental possuem um risco 67,2% maior de desenvolver FC, o que sugere a estreita relação entre esses transtornos, reforçando a importância do suporte psicológico como medida preventiva.

Esses resultados demonstram que a FC nos policiais da PEFOCE é influenciada por uma combinação de fatores comportamentais, emocionais e contextuais. Enquanto os fatores intermediários, como a prática de AADCP, a intenção de rotatividade e o uso nocivo de telas, refletem aspectos mais próximos da rotina e escolhas individuais, os fatores distais, como o sofrimento mental e o atendimento a vítimas de violência, destacam os desafios estruturais enfrentados por esses profissionais. Todos esses fatores representam risco à FC.

Tabela 24 – Razão de prevalência da Fadiga por Compaixão e fatores associados em policiais da Perícia Forense do Estado do Ceará, Ceará, 2023.

Variável	p	RP	95%IC (RP)	
			LI	LS
Uso nocivo de telas (computador, celular ou tablet) no tempo livre				
Sim	0,005*	1,326	1,090	1,614
Não		1,000	-	-
AADCP (6 meses)¹				
Sim	0,013*	1,504	1,092	2,072
Não		1,000	-	-
Intenção de rotatividade				
Sim	0,021*	1,280	1,039	1,578
Não		1,000	-	-
Trabalho com violência²				
Sim	0,026*	1,407	1,043	1,897
Não		1,000	-	-
Sofrimento mental				
Sim	0,000*	1,672	1,367	2,045
Não		1,000	-	-

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Significância de 5% ($p < 0,05$)

¹Atividades de altas demandas cognitivas e psicossociais: inclui a prática das seguintes atividades, nos últimos 6 meses, como voltadas para a saúde mental: xadrez, atividade física, andar a cavalo, esporte automotivo, montar quebra cabeça, arte marcial, lavar carro, pescar.

²Refere-se ao trabalho mais direto com violência, realizando atendimento a vítimas de violência e/ou familiares e/ou, nos últimos 12 meses, atendimento a ocorrências com cadáver

Os achados apontam para a necessidade de estratégias de intervenção que incluam suporte psicológico, melhorias nas condições laborais, redução dos índices de violência e promoção de práticas regulares de autocuidado para mitigar os impactos desses fatores no desenvolvimento de FC e melhorar a qualidade de vida desses profissionais.

8 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi segmentada em três tópicos, conforme a técnica de análise:

1. Análise descritiva
2. Fatores associados à fadiga por compaixão
3. Análise multivariada dos fatores associados à fadiga por compaixão

A seguir, será apresentado um consolidado dos principais achados do estudo, antes de dar início à discussão.

Quadro 2 – Resumo dos principais achados do estudo na análise univariada.

Variável	Resultados Principais
Fadiga por Compaixão (FC)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência geral de FC: 58,9% • Influência predominante de BO: 55,2% moderado e 0% alto • ETS: 25,8% moderado e 0,4% alto
Burnout (BO)	<ul style="list-style-type: none"> • Níveis baixos: 44,8%; Níveis moderados: 55,2%
Estresse Traumático Secundário (ETS)	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo: 73,9%; Moderado: 25,8%; Alto: 0,4%
Satisfação por Compaixão (SC)	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo: 3,0%; moderado: 57,3%; alto: 39,7%. • SC alta prevalente em policiais com baixo nível de BO (com ou sem ETS) • Correlação negativa entre BO e SC e positiva entre ETS e SC
Características Sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Predominância masculina (67,1%) • Maioria preta/parda (56,0%) • Idade média: 39,4 anos • Maioria abaixo da média de idade: 55,0% • Possui crença religiosa: 84,1% (62,8% católicos) • Nível de pós graduação: 66,8% • Formação nas Cienc Biológicas/Saúde: 46,6%. • Consideram-se “mais ou menos bem remunerados” (43,2%) ou bem/muito bem remunerados (39,1%) • Renda familiar mensal acima de 10 salários mínimos: 58,8% • Renda individual mensal acima de 10 salários mínimos: 39,9%
Características do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Maioria trabalha em Fortaleza: 53,5% • COMEL/COPEC: 79,2% • Regime de plantão: 88,1% • 6 ou mais anos de trabalho: 55,3% • Possuem outra atividade laboral além da PEFOCE: 47,8% • Consideraram mudar de emprego: 45,3% (67,5% devido ao salário insatisfatório)
Hábitos de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo regular de frutas: 82,0% • Atividade física suficiente: 60,7% • Uso excessivo de telas: 39,8% • Realizam atividades para saúde mental: 85,6% (frequência diária ou semanal: 67,8%)
Exposição à violência	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição geral à violência: 93,1% • Vitimização policial direta e/ou indireta: 81,6% • Violência financeira: 45,9% e moral: 44,6% • Trabalho com vítimas de violência (fatal e/ou não fatal): 75,3% • Trabalho com cadáver: 54,7% (66,3% diário/semanalmente)
Adoecimento psíquico	<ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento mental: 36,0% • Algum risco para suicídio: 64,3% • TUS para pelo menos uma droga: 26,7% • Indício de dependência química: 3,6% • Adoecimento psíquico: 86,4%

Fonte: Autoria própria.

Quadro 3 - Resumo dos principais resultados da análise bivariada.

Associação dos fatores com a FC			
Dimensão	Variável	Achado Principal	Associação
Sociodemográficas	Sexo, raça, idade, situação conjugal, crença religiosa, escolaridade, área de formação e renda	Sem diferença relevante entre os estratos	Não significativa
	Pessoas na residência	Morar com ≤ 2 pessoas é fator protetor (redução do risco de FC em até 25,9%)	Significativa (p=0,048*)
	Percepção da saúde financeira	Saúde financeira “péssima/regular” aumenta o risco de FC em 27,8%	Significativa (p=0,034*)
Condições de Trabalho	Intenção de rotatividade	Aumenta o risco de FC em 50,4%	Fortemente significativa (p<0,001*)
Hábitos de Vida	Uso nocivo de telas no tempo livre	Aumenta o risco de FC em 38,3%	Significativa (p=0,004*)
	Ausência de atividades para saúde mental	Aumenta o risco de FC em 30,4%	Significativa (p=0,022*)
Exposição à Violência	Vitimização policial	Aumenta o risco de FC em 47,6%	Significativa (p=0,012*)
	Violência física, psicológica, moral, financeira consigo e/ou com o colega	Aumenta o risco de FC em 53,2%	Significativa (p=0,003*)
	Violência moral (consigo ou colega)	Aumenta o risco de FC em 34,6%	Significativa (p=0,012*)
	Violência psicológica (consigo ou colega)	Aumenta o risco de FC em 27,6%	Significativa (p=0,046*)
	Violência física (consigo ou colega)	Aumenta o risco de FC em 30,3%	Significativa (p=0,046*)
	Risco de lesão por arma de fogo ou policial em óbito	Fortemente associada à FC, aumentando o risco em 42,7%	Significativa (p=0,001*)
	Atendimento a vítimas de violência	Aumenta o risco de FC em 56,6%	Significativa (p=0,002*)
Transtornos Mentais	Sofrimento mental	Fortemente associado a FC, aumentando o risco em 89,3%	Fortemente significativa (p<0,001*)
	Indício de dependência química	A ausência de dependência química reduz o risco de FC em 38,1%	Significativa (p=0,013*)
	Risco para suicídio	Aumenta o risco de FC em 25,8%	Não significativa (p=0,067)

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Significância de 5% (p<0,05)

Quadro 4 – Análise multivariada dos fatores associados à fadiga por compaixão - modelo hierárquico final.

Modelo hierárquico final da análise multivariada			
Nível DSS	Variável	Achado Principal	Associação
Fatores intermediários Hábitos de vida	Uso nocivo de telas (computador, celular ou tablet) no tempo livre	Aumenta o risco de FC em 32,6%	Significativa (p=0,005*)
	Atividades para saúde mental (6 meses)	Reduz o risco de FC em 15,6%	Não significativa (p=0,170)
	Atividades para saúde mental (6 meses) – AADCP	Aumenta o risco de FC em 50,4%	Significativa (p=0,013*)
Fatores intermediários Redes de apoio	Pessoas na residência	Morar com ≤ 2 pessoas é fator protetor (redução do risco de FC em até 23,0%)	Não significativa (p=0,097)
Fatores intermediários Condições de trabalho e renda	Intenção de rotatividade	Aumenta o risco de FC em 28,0%.	Significativa (p=0,021*)
Fatores distais	Policial que atende vítima de violência	Aumenta o risco de FC em 40,7%	Significativa (p=0,026*)
	Sofrimento mental	Aumenta o risco de FC em 67,2%	Altamente significativa (p<0,001*)

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Significância de 5% (p<0,05)

8.1 Análise descritiva

Há uma elevada prevalência de fadiga por compaixão entre os policiais forenses, sendo esta condição influenciada pelo esgotamento profissional. Observou-se um predomínio de níveis moderados de BO quanto de SC, o que sugere a coexistência de fatores de desgaste e de realização profissional no contexto do trabalho forense. Simultaneamente, os níveis de estresse traumático secundário se mantiveram baixo, sugerindo resiliência frente à exposição contínua ao sofrimento alheio. Esse equilíbrio entre vivências negativas e positivas dos policiais forenses pode refletir estratégias de enfrentamento já incorporadas individualmente ou algum nível de apoio institucional estabelecido.

Apesar de não existir diagnóstico oficial de FC na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID-10) ou no DSM V. Também não existe uma pontuação composta combinando as três escalas para chegar a uma pontuação de FC (STAMM, 2005). Muitos autores, inclusive, referem FC a partir da escala de ETS, visto que esta escala é a mais relacionada ao conceito de FC definido por Figley (1995) e Stamm (2005).

Essa falta de padronização torna mais difícil a comparação da prevalência de FC com outros estudos, sendo, geralmente, analisadas as pontuações das três escalas individualmente. Neste estudo, foi considerado FC ter pelo menos um dos componentes da FC (BO e ETS), de forma individual ou a combinação de ambos, em nível moderado ou alto. No entanto, a discussão se dará, predominantemente, a partir da análise descritiva das escalas de forma individual e suas combinações.

8.1.2 Fadiga por compaixão em policiais da Perícia Forense do Ceará

Os estudos de FC geralmente se dão a partir da análise das escalas de SC, BO e ETS. Para Stamm (2010), a combinação dessas três escalas pode levar à caracterização de diferentes tipos de pessoas. Aqueles que apresentam alta SC, com moderado a baixo BO e ETS representam os indivíduos que recebem reforço positivo de seu trabalho e não se sentem sobrecarregados ou com medo notável resultante da sua atuação profissional. Esse perfil corresponde a 38,4% dos participantes deste estudo, passando a 95,6% se considerar a SC moderada e alta. Somente 2,8% apresentam FC com baixa SC, merecendo atenção especial pelo desequilíbrio entre os fatores positivos e negativos.

Os demais perfis de profissionais traçados por Stamm (2010), que são indivíduos marcados pelo sentimento de ineficácia e esgotamento (alto BO e moderada a baixa SC e ETS); pessoas sobrecarregadas pelo medo relacionado ao trauma do cliente (alto ETS, baixo BO e baixa SC); e pessoas altamente eficazes em seu trabalho, marcadas por pensamentos/sentimentos/memórias de experiências traumáticas de outras pessoas misturadas com suas próprias experiências (alto ETS e SC com baixo BO), não foram encontradas entre os participantes.

Estudos sobre FC têm se expandido para outras profissões além da saúde, como o sistema judiciário, segurança pública e assistência social, sobretudo devido ao trabalho com violência, com ênfase ao atendimento de crianças vítimas de maus-tratos e pessoas adultas vítimas de violência sexual (Zamora *et al.*, 2022). Porém, ainda são escassos estudos de FC em profissionais de perícia forense, o que dificulta a comparação da prevalência do evento nesses profissionais encontradas em outros estudos.

Pesquisa realizada com equipe dos Centros Noruegueses de Defesa da Criança, que lida com crianças abusadas e traumatizadas, apresentou resultados próximos (com pequenas variações) aos encontrados no presente estudo com relação ao ETS (71,4% de nível baixo, 27,3% moderado e 1,3% alto) e SC (0% baixo, 63,3% moderado e 36,4% alto), assim como

nenhum participante com BO alto. Porém, os níveis de BO moderado e baixo foram antagônicos (e melhores) aos dos policiais da PEFOCE, com predominância de níveis baixos de BO (75,3%), enquanto somente 24,7% apresentaram níveis moderados (Endsjo *et al.*, 2024). Starcher; Stolzenberg (2020), em pesquisa com entrevistadores forenses que trabalham com crianças vitimizadas, também evidenciaram níveis moderados de BO, porém acompanhados de níveis moderados de ETS, apesar de não especificarem as prevalências do evento.

Diversos estudos com outras categorias profissionais, apontam níveis mais elevados de BO e ETS quando comparados aos policiais da PEFOCE. Enquanto o presente estudo identificou níveis moderados (55,2%) a baixos (44,8%) de BO, Aminihajibashi; Skar; Jensen (2022) encontraram maiores prevalência de níveis moderados (46,0%) a altos (25,0%) de BO em terapeutas de clínica de saúde mental infantil. De modo similar, Sodeke-Gregson; Holttum; Billings (2013) identificam 64,2% de níveis moderados e 25,8% de níveis altos de BO em terapeutas que trabalhavam com vítimas de trauma no Reino Unido. Wilkie *et al.* (2024) encontraram prevalência de 52,1% de BO em psiquiatras forenses no Canadá. Em estudo de Borges *et al.* (2019), 54,0% dos enfermeiros de serviço de urgência apresentaram BO alto e 21,8% moderado.

A prevalência de ETS (moderada/alta) entre policiais forenses encontrada neste estudo (26,2%) foi bastante inferior à de advogados defensores de vítimas (50,0%) (Benuto *et al.*, 2018), de terapeutas que trabalhavam com vítimas de trauma no Reino Unido (100%, sendo 70% alta e 30% moderada) (Sodeke-Gregson; Holttum; Billings, 2013), terapeutas de clínica de saúde mental infantil (72%, com 22,0% alta e 50,0% moderada) (Aminihajibashi; Skar; Jensen, 2022) e enfermeiros de serviço de urgência (80,4%, sendo 58,6% alta e 21,8% moderada). Denkinger *et al.* (2018) encontraram ETS em 22,9% dos cuidadores de mulheres e crianças que sofreram violência extrema no Estado Islâmico, prevalência menor do que a encontrada neste estudo, porém mais grave, visto que 8,6% tinham níveis altos e 14,3% níveis moderados.

A diferença de prevalências, com valores de BO e ETS bem inferiores nos policiais da PEFOCE quando comparados aos encontrados em outras pesquisas, pode ter sido influenciada pela diversidade de funções exercidas pelos participantes deste estudo, diferente de outros estudos nos quais os pesquisadores investigam o fenômeno em profissionais (inclusive forenses) que executam a mesma função, tornando a amostra mais homogênea. As atividades dos policiais da PEFOCE variam de acordo com a área de atuação, incluindo desde a análise de vestígios em laboratórios até a atuação em local de crime, tornando a amostra heterogênea devido à diferença no grau de exposição a eventos traumáticos entre os

participantes e, por consequência, no impacto emocional causado por essa exposição.

Os níveis de BO e ETS podem variar bastante em diversos estudos, inclusive entre profissionais da mesma categoria. Pesquisa realizada com enfermeiros hospitalares identificou predominância de níveis moderados para as três escalas, sendo 46,8% para SC, 51,2% para BO e 56,2% para ETS (Batalha *et al.*, 2020), evidenciando maiores níveis de ETS e menor SC do que os encontrados neste estudo. Analisando essa mesma categoria profissional (enfermeiros hospitalares), Fonseca (2017) e Borges *et al.* (2019) encontraram prevalência de níveis altos de SC, BO e ETS entre enfermeiros de serviço de urgência de 50,6%, 54,0% e 58,6%, respectivamente.

Essa discrepância de resultados pode ser decorrente da forma de cálculo das subescalas. Enquanto neste estudo foi utilizado o cálculo de pontuação contínua, os autores dos estudos citados anteriormente o fizeram a partir da definição de pontos de corte em torno de percentis com base no banco de dados, forma de cálculo que tem o potencial de ser excessivamente inclusivo, com maior possibilidade de ter falso positivo (Stamm, 2010), o que pode justificar a alta prevalência de escores mais altos.

Foi observado, no presente estudo, que policiais com níveis baixos de BO, com ou sem ETS, apresentaram SC alta com maior frequência, demonstrando que o ETS isolado (sem BO) não tem influência sobre a SC, o que foi evidenciado pela correlação muito fraca ou inexistente entre esses dois fatores. Além disso, a presença de BO moderado reduziu a prevalência de SC com níveis altos e aumentou a SC moderada, sendo a redução levemente potencializada pela presença de ETS.

Tal fato demonstra uma relação negativa entre BO e SC, assim como uma relação positiva entre BO e ETS, sendo, neste estudo, ambas as correlações moderadas e significativas. Batalha *et al.* (2020) também encontraram relação negativa significativa entre BO e SC, positiva significativa entre BO e ETS, assim como ausência de correlação entre ETS e SC. Essa relação negativa entre BO e SC foi evidenciada em diversos outros estudos⁵.

Os dados apontam que maiores níveis de SC estão associados a menores níveis de BO. A SC é capaz de amenizar os efeitos negativos do trabalho com pessoas traumatizadas (Samios; Abel; Rodzik, 2013), e aumentar esse sentimento promove o bem-estar dos profissionais e, por consequência, um efeito benéfico para as pessoas que utilizam o serviço

⁵ Autores que discutem sobre o assunto: (Aminihajibashi; Skar; Jensen, 2022; Batalha *et al.*, 2020; Chiarelli-Helminiak, 2014; Cummings *et al.*, 2021; Fonseca, 2017; Grant; Lavery; Decarlo, 2019; Levin *et al.*, 2021; Oberziner *et al.*, 2024; Perron; Hiltz, 2006; Souza *et al.*, 2019; Tessitore *et al.*, 2023).

(Batalha *et al.*, 2020). Diante dos efeitos do BO na redução da SC, torna-se importante a adoção de medidas de prevenção e intervenção que visem à redução do BO como medida de aumentar a SC (Cummings *et al.*, 2021) com vistas a reduzir o impacto negativo da exposição a eventos traumáticos (Bell; Hopkin; Forrester, 2019).

O BO é composto de três fatores (exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho) (Borges *et al.*, 2002; Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001). A realização pessoal influencia a satisfação no trabalho, o comprometimento organizacional e a rotatividade relacionada ao estresse no trabalho (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001). A redução da realização pessoal é marcada pela percepção de deterioração da autocompetência e pela falta de satisfação com o trabalho (Borges *et al.*, 2002). Ela parece ser uma função da exaustão, da despersonalização, ou de uma combinação de ambas (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001), sendo de fundamental importância a redução destes dois fatores no sentido de aumentar a realização pessoal e, por consequência, a SC.

Considerando que o BO envolve a atitude das pessoas com relação aos outros e a si mesmo (Maslach, 1993), diversos estudos apontam o desenvolvimento da compaixão (por outros e por si mesmo) como fatores de proteção contra BO⁶. Vaillancourt; Wasytkim (2020) identificaram, em estudo com enfermeiros nos Estados Unidos, associação positiva da autocompaixão com a satisfação no trabalho e associação negativa com BO, enquanto o BO foi associado à menor satisfação com o trabalho, sugerindo que a redução do BO pelo desenvolvimento da autocompaixão favorece a satisfação no trabalho.

Román-Caldeón *et al.* (2024) identificaram correlação negativa entre compaixão pelos outros e despersonalização, assim como correlação negativa entre autocompaixão e exaustão emocional, enquanto as dimensões da compaixão foram associadas positivamente à realização pessoal, evidenciando que a compaixão pelos outros e a autocompaixão são capazes de prevenir o BO.

Como observado por Román-Calderón *et al.* (2024), a exaustão emocional, primeiro componente do BO, pode ser reduzida pela autocompaixão. A autocompaixão é o processo de aceitar e cuidar de si mesmo, e envolve três componentes principais: a autobondade, que corresponde ao ato de ser gentil e compreensivo consigo mesmo em casos de dor ou fracasso; a humanidade comum, representada pela percepção de que as próprias experiências fazem parte da experiência humana; e a atenção plena, conhecida como *mindfulness*, que permite manter

⁶ Outros autores que referenciam a temática: (Beaumont *et al.*, 2016; Kemper *et al.*, 2019; Martínez-Rubio *et al.*, 2021; Pereira *et al.*, 2022; Román-Calderón *et al.*, 2024).

pensamentos e sentimentos dolorosos em consciência equilibrada, sem super identificar (Neff, 2003). Em virtude disso, pessoas auto compassivas são capazes de manter uma perspectiva equilibrada com relação aos eventos negativos, resultando em menos estresse e impacto emocional (Vaillancourt; Wasylkiw, 2020).

A autocompaixão, além de evitar a superidentificação, a partir do *mindfulness*, e dificultar o contágio emocional, também é relevante para a regulação emocional, visto que a sua prática promove o aumento da aceitação e reavaliação dos sentimentos, emoções e comportamentos julgados como negativos (Medeiros *et al.*, 2021). Esse efeito é benéfico no sentido de possibilitar a prática da empatia de forma saudável e promover o desenvolvimento da resiliência ao favorecer o reequilíbrio emocional pós trauma (crescimento pós-traumático), reduzindo, por consequência, a FC (Cleary *et al.*, 2024; Kemper; Mo; Khayat, 2015).

Ainda de acordo com Román-Calderón *et al.* (2024), a despersonalização, segundo componente do BO, pode ser reduzida pela compaixão pelos outros. Sendo a compaixão o último estágio do processo empático (Lago; Codo, 2010), sugere-se que a empatia seja capaz de reduzir os níveis de BO por reduzir a despersonalização e aumentar a SC, sendo a SC um componente mediador da relação empatia x BO (Wang *et al.*, 2024; Yue *et al.*, 2022).

Sendo assim, os esforços de prevenção e intervenção da FC devem ter como alvo a redução do BO e o aumento da SC, sendo recomendada a implementação de programas de desenvolvimento da empatia, compaixão e autocompaixão capazes de ajudar o profissional a identificar, gerenciar e regular positivamente os sentimentos de compaixão por si mesmos e pelos outros (Ramos-Vidal; Ruíz, 2024). Pessoas com habilidade em gerar emoções positivas conseguem gerenciar melhor o estresse emocional, desfazer experiências emocionais negativas e promover a satisfação no trabalho (Brackett *et al.*, 2010).

8.1.3 Caracterização dos policiais da Perícia Forense do Ceará

No que diz respeito às características sociodemográficas, a amostra foi, predominantemente, masculina e composta, em sua maioria, por indivíduos pretos ou pardos. A idade média foi de aproximadamente 39 anos, com maior concentração de participantes abaixo dessa faixa etária. A maioria possuía nível de pós-graduação, com formações, principalmente, nas áreas das Ciências Biológicas/Saúde e das Ciências Exatas/Computacional. Além disso, grande parte relatou ter alguma crença religiosa, com predominância de católicos. Quanto à remuneração, predominou o nível de satisfação mediana, apesar da maioria ter renda familiar mensal acima de 10 salários mínimos e parte considerável ter renda individual nessa

mesma faixa.

O trabalho policial ainda é uma ocupação predominantemente masculina. Essa diferença de gênero está presente em todas as forças de segurança pública brasileiras (FBSP, 2024b). Conforme dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024b), a representação feminina na polícia civil brasileira é de apenas 27,0%, sendo ainda menor nas guardas municipais (16,1%), corpo de bombeiros (14,5%) e nas polícias militares (12,8%). Embora não haja limite de cota femininas para policiais civis, as mulheres ainda são minoria na Polícia Civil do Ceará (PCCE) (71,3% homens *versus* 28,7% mulheres) (FBSP, 2024b).

A prevalência de indivíduos pretos/pardos entre os policiais forenses encontrada neste estudo está de acordo com a população geral brasileira (55,5%), segundo censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), porém, está aquém da representação dessa população no Estado do Ceará (71,5%) (IBGE, 2023). Tal fato evidencia que, no contexto cearense, a raça/cor, associada a outros contextos sociais, pode ser um limitador da entrada dessa população nas forças de segurança pública, sobretudo aquelas que exige nível superior para profissões elitizadas, como as da área médica e de engenharia.

As concentrações da formação dos policiais da PEFOCE nas áreas das Ciências Biológicas/Saúde e das Ciências Exatas/Computacional se justifica pelos requisitos exigidos para os cargos de médico legista (formação em medicina), perito legista (formação em odontologia ou bioquímica/farmácia) e perito criminal (formação em engenharias específicas, de acordo com a função). Somente o cargo de auxiliar de perícia exige nível superior em qualquer área do conhecimento (Ceará, 2021). A exigência de nível superior para atuar na PEFOCE faz com que a escolaridade dessa população seja alta, com a maioria possuindo pós graduação, embora esta não seja uma exigência para entrar na PEFOCE; tampouco existe estímulo ao desenvolvimento e ascensão profissional por escolaridade, dada a inexistência de plano de carreira.

Em 2021, foi realizado concurso público para a PEFOCE, levando ao incremento de 56% (227 policiais) do efetivo de policiais da instituição em 2022 e formação de mais 79 policiais em 2023 (PEFOCE, 2022). O grande quantitativo de policiais novatos pode ter levado à predominância de profissionais mais jovens, abaixo de 40 anos.

A proporção de policiais da PEFOCE com crença religiosa foi um pouco inferior à da população geral brasileira (89,0%) e nordestina (90,0%) encontrada em pesquisa do Datafolha realizada em 2020; a predominância de católicos também ocorre na população brasileira, porém a proporção de policiais da PEFOCE com essa crença religiosa é maior que na população geral, visto que, em 2020, somente 50% dos brasileiros eram católicos (Pestana,

2021). Há uma tendência de redução do número de brasileiros com crença religiosa ao longo dos anos, visto que esse percentual era de 91,9% em 2010 e 92,6% no ano 2000, conforme censo realizado pelo IBGE (IBGE, 2010).

A obtenção de dados sobre religiosidade dos policiais brasileiros é bastante difícil devido à inexistência de um órgão responsável por produzir conhecimento sobre todas as forças policiais brasileiras. Em virtude disso, no sentido de conhecer a ideologia religiosa de policiais brasileiros, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) realizou um estudo a partir de interações em perfis religiosos nas redes sociais de policiais civis, militares e federais, identificando predomínio da religião católica (51,0%) entre os policiais civis (FBSP, 2020), o que converge com os resultados deste estudo.

Quanto à remuneração, predominou o nível de satisfação mediana, apesar da maioria ter renda familiar mensal acima de 10 salários mínimos e parte considerável ter renda individual nessa mesma faixa. Dados do FBSP (2024b) apontam que, em 2023, a média salarial bruta brasileira do médico legista era de aproximadamente 14,8 salários mínimos e a do perito criminal era de 14,5 salários mínimos, e que o Ceará estava entre as Unidades Federativas do Brasil com piores remunerações, possuindo a média salarial bruta mais baixa do país para perito criminal/adjunto (9,8 salários mínimos) e a quarta menor para médico legista (11,9 salários mínimos). O estudo do FBSP não apontou a média salarial do perito legista e do auxiliar de perícia, que foram, respectivamente, de 12,9 e 4,9 salários mínimos, assim como a diferença entre perito criminal e perito criminal adjunto, cujas médias foram de 10,6 e 7,9 salários mínimos, respectivamente, para o mesmo período segundo dados do Portal da Transparência (Ceará, 2025).

A perícia técnico-científica brasileira é um dos segmentos da segurança pública que apresentou a maior remuneração bruta média nacional, em 2023, com a média salarial nacional do médico legista e do perito criminal superando a média dos policiais militares e corpo de bombeiros até o segundo posto de oficiais, a dos policiais civis (exceto delegado) e a da polícia penal. Porém, a média salarial bruta das forças policiais cearenses é inferior à média salarial nacional, com exceção apenas para os policiais penais e os soldados do corpo de bombeiros, cujas médias salariais são superiores à média nacional (FBSP, 2024b). Os dados justificam porque menos da metade dos participantes se considera bem ou muito bem remunerado.

8.1.4 Caracterização do trabalho dos policiais da Perícia Forense do Ceará

Sobre as características de trabalho, a maioria dos policiais atuava em Fortaleza,

desempenhava sua função na COMEL ou COPEC e atuava na instituição há pelo menos 6 anos. Grande parte trabalhava em regime de plantão. Além disso, muitos policiais possuíam outra atividade além da PEFOCE e parcela significativa já havia cogitado deixar o emprego da PEFOCE, sendo a principal causa a insatisfação com o salário.

A distribuição de profissionais entre a capital e o interior foi equitativa. Apesar de Fortaleza e região metropolitana ter a maior concentração de eventos violentos do Ceará, a grande extensão territorial do interior do estado requer várias equipes distribuídas, de modo a viabilizar uma logística viável para suprir as demandas na área. A maior concentração de participantes se deu na COMEL e COPEC devido ao fato de essas duas coordenadorias acomodarem a maior parte dos núcleos responsáveis pelas atividades mais diretamente relacionadas aos eventos violentos, enquanto a CALF e a CIHPB atuam de forma mais indireta, apoiando essas duas coordenadorias na elucidação dos crimes. O serviço de Perícia Forense, como todos os segmentos da segurança pública, é um serviço essencial, devendo ser disponibilizado de maneira ininterrupta. Esse fato justifica a grande prevalência de profissionais trabalhando em regime de plantão.

Quase metade dos policiais forenses (47,8%) possuem outra atividade laboral fora da PEFOCE, dos quais 69,7% são na área da saúde, dada a maior parte ter formação nessa área, e 18,6% na educação, condizente com o quantitativo de mestres e doutores (16,4%) entre os policiais. A prevalência de participantes com mais de um emprego, os denominados *moonlighter*, é bastante superior à média nacional obtida pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) em 2004 (4,75%) e 2014 (3,25%) (Sousa; Lúcio; Rocco, 2019). O perfil dos policiais da PEFOCE está de acordo com o de brasileiros pertencentes ao mercado de múltiplo emprego, representados por homens, chefes de família e com nível de educação mais elevado do que aqueles que possuem apenas uma ocupação (Sousa; Lúcio; Rocco, 2019).

Em 2015, o servidor público correspondia a 21,34% dos *moonlighters* brasileiros e 17,14% dos cearenses (IBGE, 2015). Apesar do benefício pecuniário ser um dos fatores que levam à multiplicidade de emprego, muitos trabalhadores buscam um emprego público como forma de estabilidade e mantêm um segundo emprego como forma de satisfação pessoal (Sousa; Lúcio; Rocco, 2019). Além disso, a existência de horas diurnas semanais ociosas, decorrente do trabalho em regime de plantão, parece favorecer esse cenário entre os profissionais da segurança pública. No entanto, o fato de ter mais de um emprego requer maior cuidado com a saúde mental, por gerar maior percepção de estresse relacionado ao trabalho (Oliveira *et al.*, 2025).

Quase metade dos participantes informaram já ter pensado em deixar seu trabalho

na PEFOCE, ou seja, manifestaram intenção de rotatividade em algum momento de sua carreira, motivados por diversos fatores, sendo os principais a insatisfação com o salário (67,7%), o ambiente de trabalho (40,0%), o tipo de atividade executada (22,4%), a sobrecarga de trabalho (5,0%), violência moral (3,5%) e ter como meta outro trabalho (3,9%). Esses fatores podem atuar de forma direta ou indireta, reduzindo os níveis de satisfação e favorecendo o adoecimento psíquico no profissional. Estudos identificaram a insatisfação no trabalho e a exaustão emocional como os principais preditores da intenção de rotatividade entre enfermeiros (Arslan Yurumezoglu; Kocaman, 2016; Sillero-Sillero; Zabalegui, 2020). Desse modo, é importante elevar os níveis de satisfação do profissional com o trabalho no sentido de reduzir a intenção de rotatividade e propiciar a manutenção de talentos na instituição.

Dentre as principais causas de insatisfação no trabalho, estão as baixas oportunidades educacionais e de carreira, assim como salário insatisfatório, principalmente quando o profissional percebe que sua remuneração não é proporcional ao trabalho fornecido e ao seu nível educacional (Sasso *et al.*, 2017; Sillero-Sillero; Zabalegui, 2020). Tal fato pode levar à baixa percepção de sucesso na carreira, aumentando a intenção de rotatividade (Agapito; Polizzi Filho; Siqueira, 2015). Os policiais da PEFOCE apontaram a insatisfação com o salário como a principal causa da intenção de rotatividade (67,7%); porém, somente 4,4% terem relataram como causa o sentimento de desvalorização ou falta de realização profissional.

O ambiente de trabalho é outro fator que influencia a satisfação do profissional e a intenção de rotatividade. Parcela considerável (40,0%) dos profissionais que apresentaram intenção de rotatividade possuem uma percepção negativa do seu ambiente de trabalho. A percepção do ambiente de trabalho está muito relacionada ao clima organizacional, que inclui aspectos de comunicação, integração e satisfação, como suporte organizacional e relações de confiança entre os profissionais e destes com a liderança; desenvolvimento profissional e benefícios; ergonomia; condições de trabalho; e processo decisório (Ferrari Cardoso; Basile Forlini; Prescilla Dias, 2019)

Sendo assim, desenvolver o bem estar no trabalho traz inúmeros benefícios, não somente para os profissionais, refletidos na melhoria da saúde física e mental, fortalecimento das relações interpessoais, motivação e realização pessoal; mas, sobretudo, para as organizações, com a melhora da satisfação no trabalho e do comprometimento organizacional, além da redução do absenteísmo e da intenção de rotatividade, posto que profissionais mais satisfeitos com seu trabalho tendem a avaliar o ambiente de trabalho de forma mais positiva (Veiga; Gonçalves Neto, 2023).

A terceira causa da intenção de rotatividade dos policiais da PEFOCE foi o tipo de

atividade executada (22,4%). A elevada carga emocional presente no trabalho forense requer o desenvolvimento de estratégias adaptativas do indivíduo àquele tipo de trabalho, de modo que ele consiga realiza-lo sem comprometer a sua saúde emocional. Nesse período de adaptação, muitos profissionais podem passar por desgaste emocional, com sintomas de BO e/ou ETS o que pode aumentar a intenção de rotatividade, conforme estudo de Aminihajibashi; Skar; Jensen (2022). Alguns profissionais, quando não conseguem desenvolver estratégias de enfrentamento da situação traumática, podem optar por desistir da carreira (Cavedon, 2010; Silva; Lopes; Silva, 2015).

Outras causas da intenção de rotatividade apontadas foram a sobrecarga de trabalho (5,0%), a violência moral (3,5%) e ter como meta outro trabalho (3,9%). A inadequação de pessoal e de recursos é outro fator relacionado à intenção de deixar o emprego por levar à insatisfação com o trabalho e ao esgotamento, já que a escassez de pessoal gera sobrecarga de trabalho (Arslan Yurumezoglu; Kocaman, 2016; Sillero-Sillero; Zabalegui, 2020). A sobrecarga de trabalho foi apontada por apenas 5,0% dos policiais. O Ceará é um dos estados brasileiros mais violentos do Brasil e, em 2023, ocupou o 6º lugar em maiores taxa de mortes violentas intencionais (FBSP, 2024a), porém, nesse mesmo ano, o Ceará ocupou a 15ª posição em número de peritos criminais, embora tenha sido o 3º estado brasileiro com maior número de médicos legistas do país (FBSP, 2024b). Tendo em vista que a investigação dos crimes é iniciada pelo perito criminal durante a perícia externa, além dessa categoria profissional absorver várias demandas decorrentes de vestígios coletados pela Polícia Civil, fica evidente que a relação demanda x profissional pode ficar desequilibrada, aumentando o risco de BO, a insatisfação com o trabalho e a intenção de rotatividade.

Vale salientar que o trabalho de perícia forense é peculiar, dada a alta exposição à violência sofrida por terceiros, assim como pela possibilidade de sua própria vitimização. Em estudo de Bordignon; Monteiro (2019), a vitimização no trabalho se apresentou como preditor da intenção de rotatividade, com a probabilidade aumentando com o aumento do número de tipos de violência sofrida. Uma pequena parcela dos policiais (3,5%) apontou a violência moral como causa da intenção rotatividade.

Em suma, os esforços para reduzir a intenção de rotatividade devem ser direcionados não apenas às questões salariais, mas também deve ser dada atenção às causas citadas em menor prevalência, no sentido de preveni-las. Desse modo, é fundamental reduzir o esgotamento e melhorar a satisfação no trabalho, a partir de melhoria das condições de trabalho, do clima organizacional, do suporte institucional (sobretudo no período de adaptação e em momentos de crise emocional), além da valorização profissional, com vistas a reduzir a intenção

de rotatividade e aumentar a retenção dos profissionais.

8.1.5 Hábitos de vida dos policiais da Perícia Forense do Ceará

Em relação aos hábitos de vida, a maioria consumia frutas regularmente e eram fisicamente ativos, com boa parte dos policiais atingindo níveis suficientes de atividade física. Grande parte afirmou ter realizado atividades voltadas para saúde mental ou lazer nos últimos seis meses. No entanto, parcela considerável fazia uso excessivo de telas, enquanto uma pequena proporção apresentou padrão de consumo alimentar inadequado.

Observa-se que o autocuidado é comum entre os policiais da PEFOCE, manifestados a partir do elevado nível de atividade física, cuidado com a alimentação e realização de práticas de lazer. O consumo regular de frutas encontrado neste estudo foi bastante superior ao da população geral brasileira em 2023 (31,9%), segundo dados da VIGITEL, que também encontrou maior prevalência em pessoas de maior escolaridade (Brasil, 2024a).

Ainda são escassas pesquisas sobre padrão de atividade física das forças policiais, sendo ausente em policiais forenses. Os resultados deste estudo apontam prevalência de policiais fisicamente ativos bastante superior à da população geral brasileira (30,1%) obtida na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS 2019) (Sidra, 2024). Além disso, a prevalência de policiais da PEFOCE com níveis suficientes de atividade física foi maior que a da população geral brasileira (49,9%) encontrada na pesquisa VIGITEL em 2023, apesar da prevalência de fisicamente inativos também ter sido maior entre os policiais da PEFOCE, quando comparado à população brasileira (20,5% vs 13,1%) (Brasil, 2024b). O padrão de atividade física dos policiais deste estudo foi semelhante ao de policiais militares, cuja prevalência de fisicamente ativos variou de 63,0% a 91,5% (Andrade; Hech Dominski; De Liz, 2016; Barbosa; Rodrigues Ferreira Saint Martin; Porto, 2019; Bernardo *et al.*, 2018; Jesus; Jesus, 2012; Jesus; Mota; Jesus, 2014), evidenciando que a prática de atividade física é comum entre policiais.

Além do cuidado com o corpo, os policiais da PEFOCE demonstraram cuidado com a mente, evidenciado pela alta prevalência de prática de atividades voltadas para a saúde mental ou lazer, nas mais diversas formas. Inclusive, muitos relataram a atividade física como atividade para saúde mental, o que também foi encontrado no estudo de Moura (2024). Ribeiro; Silva; Scorsolini-Comin; Robazzi *et al.* (2024) também encontraram alta prevalência de lazer (76,3%) em policiais militares.

Estudos apontam a escolaridade como fator associado positivamente a hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física (Brasil, 2024b; Mielke *et al.*, 2021; Silva;

Boing, 2021; Silva *et al.*, 2013; Sousa *et al.*, 2013), escolhas alimentares saudáveis (Lins *et al.*, 2013) e lazer (Bonalume *et al.*, 2023). Essa relação é influenciada pelo fato da maior escolaridade levar a maiores padrões sociais, fazendo com que a renda não atue como uma barreira para a adoção de uma alimentação saudável (Borges *et al.*, 2015) e para o lazer (Bonalume *et al.*, 2023; Uvinha *et al.*, 2017). Nesse sentido, pessoas com níveis mais altos de escolaridade, tais quais os policiais da PEFOCE, podem ter acesso a uma maior diversidade de atividades de lazer por possuírem maior renda (Uvinha *et al.*, 2017).

Apesar dos hábitos de vida saudáveis entre policiais da PEFOCE citados anteriormente, a prevalência de uso nocivo de telas (uso de celular, computador ou tablet por 3 ou mais horas/dia no tempo livre) foi considerável, embora inferior à da população geral adulta brasileira (67,0%), em 2023 (Brasil, 2024b), e à de jovens brasileiros de 12 a 23 anos (89,5%) encontrada em estudo de Barros *et al.* (2021). O estudo VIGITEL encontrou maior prevalência de uso excessivo de telas em adultos brasileiros de maior escolaridade e mais jovens, características condizentes com o perfil de policiais da PEFOCE, com a prevalência reduzindo com o aumento da faixa etária (Brasil, 2024b).

O uso prolongado de dispositivos eletrônicos gera diversos danos negativos à saúde física e mental. O uso excessivo de telas é equivalente a um padrão de inatividade física, ao trazer como consequência um comportamento sedentário, sendo causa de vários problemas de saúde, inclusive emocionais (Barros *et al.*, 2021). O uso excessivo de telas digitais compromete a qualidade do sono (Silva *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2022), levando à manifestação de sintomas de estresse, ansiedade e depressão (Andrade *et al.*, 2023; Francisquini *et al.*, 2025; Oliveira *et al.*, 2024; Santos, 2023). Portanto, fica evidente a importância de medidas de controle do tempo de uso de telas com vistas à manutenção da saúde e prevenção de doenças.

8.1.6 Exposição à violência entre os policiais da Perícia Forense do Ceará

A exposição à violência é inerente à atividade policial, o que foi refletido nos achados deste estudo. É importante caracterizar a violência no trabalho para que se possa desenvolver ações preventivas (Guimarães; Oliveira; Silva, 2020). Nesse sentido, este estudo demonstrou que a exposição à violência entre os policiais da PEFOCE é alta, caracterizada em forma de vitimização policial direta e/ou indireta ou decorrente das suas atividades laborais atendendo vítimas de violência.

A violência no trabalho é bastante estudada em algumas atividades profissionais, como no trabalho de enfermagem (Barbosa *et al.*, 2011; Bordignon; Monteiro, 2016; De Souza

Oliveira *et al.*, 2022; Fabri *et al.*, 2022; Kobayashi *et al.*, 2020; Sé *et al.*, 2023), da área médica (Carvalho, 2022), da assistência social (Guimarães; Oliveira; Silva, 2020) e de professores (Plassa; Paschoalino; Bernardelli, 2021; Simões; Cardoso, 2022). Porém, ainda são escassos os estudos que abordam a exposição à violência e a vitimização policial, sendo inexistente quando se trata de policiais forenses.

As prevalências de violência sofrida por profissionais de enfermagem encontradas na literatura variam de 40% (Kobayashi *et al.*, 2020) a 71% (Harada *et al.*, 2024), sendo mais prevalente a agressão verbal e física (Fabri *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2021). Fabri *et al.* (2022) encontraram prevalência de 65,3% de violência verbal (psicológica), 29,7% de assédio moral e 17,8% física em profissionais de enfermagem.

As formas de violência mais prevalentes entre os policiais da PEFOCE foram a financeira (45,9%), a moral (44,9%) e psicológica (40,7%), sendo a violência física a menos prevalente (30,6%). A violência moral pode ocasionar diversos prejuízos para a saúde do trabalhador, englobando desde os aspectos psíquicos, afetivos e físicos até sociais e econômicos (Andrade *et al.*, 2015), estando fortemente relacionado ao sofrimento mental (Da Silva *et al.*, 2020).

A exposição à violência em forma de vitimização policial investigada neste estudo diz respeito à exposição direta, ocorrida com o próprio participante, mas também à indireta, quando o participante ficou sabendo da violência sofrida por um colega de trabalho. A maioria dos estudos investiga a vitimização direta, no entanto, a violência indireta também tem o potencial de repercutir na saúde dos profissionais entrevistados por se encontrar em um contexto de violência no qual ele poderá ser a próxima vítima.

A vitimização pode impactar negativamente a saúde mental dos profissionais (Harada *et al.*, 2024), levando ao sofrimento psíquico (Guimarães; Oliveira; Silva, 2020). No entanto, os danos à saúde física e mental ocorrem mesmo naqueles profissionais que não sofreram a violência diretamente (as testemunhas ou vítimas indiretas) ao vivenciarem sentimentos de tristeza, raiva, impotência, ansiedade e somatização (Bueno; Souza; Poltronieri, 2024; Lucena *et al.*, 2019; Souza; Poltronieri; Bueno, 2024). O impacto da violência na saúde pode ser refletido em afastamentos por licença médica (Oliveira; Ribeiro, 2024).

Dado o impacto da violência na saúde das pessoas, mesmo de forma indireta, o trabalho com violência se mostra como um fator de risco ao adoecimento. A elevada exposição dos policiais da PEFOCE à violência decorrente do trabalho com as vítimas pode ser evidenciada pelo alto número de perícias realizadas no Ceará, quando comparada a outros estados nordestinos. O painel de “Controle Externo da Atividade Policial em Números” aponta

que, em 2023, o Ceará foi o estado nordestino que mais realizou exames perinecroscópicos (em local de crime), correspondendo a 31,3% dos exames da região Nordeste, apesar de ter sido responsável por apenas 10,2% das perícias criminais da região no período. Nesse mesmo ano, o Ceará foi um dos estados nordestinos que mais fizeram exames de corpo de delito decorrente de estupro e exames cadavéricos, correspondendo a 23,7% e 18,5% dos exames da região, respectivamente, sendo responsável por 24,5% de todas as perícias na área de medicina legal do Nordeste em 2023(CNMP, 2023).

Vale salientar a grande concentração de atividades periciais dos policiais da PEFOCE nas áreas mais impactantes emocionalmente, posto que a perícia de local de crime é a mais frequentemente realizada (24,3%) dentre todas as perícias na área criminal da PEFOCE, enquanto o exame cadavérico ocupa o terceiro (9,7%) no *ranking* das perícias médico legais. Soma-se a isso, a elevada carga de exames de corpo de delito (excluindo estupro), que representa 34,8% das perícias médico legais (CNMP, 2023) e inclui, com bastante frequência, o exame de custodiados antes de serem transferidos para o sistema prisional.

Os dados periciais reforçam os achados relacionados à alta prevalência de policiais da PEFOCE em situação de exposição à violência decorrente do trabalho. Esse nível de exposição é preocupante, em termos quantitativos e qualitativos, merecendo atenção especial, visto que a exposição constante à violência e a situações traumáticas, assim como o risco de vida, constituem fatores bastante relacionados ao estresse, sendo capazes de gerar adoecimentos psíquicos nos policiais (Lamego; Bassani, 2022).

8.1.7 Adoecimento psíquico de policiais da Perícia Forense do Ceará

A interface entre violência e adoecimento psíquico tem sido investigada por vários autores⁷. Tal fato justifica o grande número de estudos que investigam os mais diversos tipos de adoecimentos psíquicos entre profissionais da segurança pública (Brito *et al.*, 2024; Oliveira Lima *et al.*, 2023; Sousa; Barroso; Ribeiro, 2022).

Este estudo evidenciou que a maioria dos policiais da PEFOCE apresentam algum tipo de adoecimento psíquico, caracterizado por sofrimento mental, TUS e, principalmente, ideação suicida, predominando o nível de ideação moderado.

A presença de sofrimento mental ou transtorno mental comum (TMC) em policiais da PEFOCE foi inferior à de profissionais de saúde de serviço de urgência (50,0%) (Harada *et*

⁷ Autores que referenciam o assunto: (Bueno; Souza; Poltronieri, 2024; Fabri *et al.*, 2022; Ribeiro *et al.*, 2009; Rosa *et al.*, 2023; Zamora *et al.*, 2022).

al., 2024) e da Atenção Primária durante o período de pandemia (43,2%) (Oliveira *et al.*, 2023), porém superior à encontrada em outros estudos com profissionais da segurança pública brasileira, que apontaram prevalência de sofrimento mental de 24,0% (Lima; Blank; Menegon, 2015) a 35,7% (Souza *et al.*, 2012) em militares; 23,6% (Lima *et al.*, 2019) a 27,7% (Bezerra *et al.*, 2021) em agentes penitenciários; 21,0% (Pinto; Figueiredo; Souza, 2013) a 28,6% (Simon *et al.*, 2023) em policiais civis.

A exposição à violência, com vitimização própria, de colegas de trabalho ou de terceiros, além da convivência com o risco de morte, são fatores que influenciam o desenvolvimento de sofrimento mental em policiais, sendo causadores de estresse, ansiedade e, até mesmo, quadros depressivos (Brito *et al.*, 2024; Pinto; Figueiredo; Souza, 2013; Sousa *et al.*, 2021; Sousa; Barroso; Ribeiro, 2022; Souza *et al.*, 2012).

Além da exposição à violência, aspectos da organização e das condições de trabalho constituem fatores de risco para TMC, como excessivas cargas de trabalho (Bezerra *et al.*, 2021; Sousa *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2012), falta de recursos humanos e materiais, burocracias rígidas, ter que comparecer a tribunais nas folgas, falta de apoio do supervisor, baixa satisfação com a vida, ausência de folgas, trabalhar em turnos (Brito *et al.*, 2024; Sousa; Barroso; Ribeiro, 2022), falta de lazer, baixa qualidade de vida (Sousa; Barroso; Ribeiro, 2022), falta de suporte social, remunerações desproporcionais, assédio moral, falta de oportunidade para o crescimento pessoal e profissional e falta de reconhecimento institucional (Brito *et al.*, 2024). Alguns desses fatores geradores de sofrimento mental foram encontrados neste estudo, como insatisfação com a remuneração e assédio moral.

É sabido que o quadro de pessoal da PEFOCE é bastante limitado para a alta demanda. Essa situação é ainda mais crítica no interior do Ceará, visto que, na maioria dos núcleos, há somente um perito criminal, um médico legista e um auxiliar de perícia de plantão. Vale salientar que o Ceará é um dos estados mais violentos do Brasil, e essa desproporção entre a demanda e o quadro de pessoal pode gerar sobrecarga de trabalho.

Outro fator que não pode ser negligenciado é a prática de troca de plantão que comumente é realizada nos núcleos do interior, visto que muitos policiais da PEFOCE moram em outros municípios ou estados e, no sentido de reduzirem o número de deslocamentos ao local de trabalho, realizam trocas de plantão de modo a permanecerem em serviço por vários dias seguidos. Essa prática pode favorecer o desenvolvimento de TMC pela grande quantidade de horas de trabalho de forma ininterrupta, dando uma sensação de sobrecarga. Há, ainda, o estresse ocasionado pela construção do laudo pericial, cuja responsabilidade acompanha o perito por anos, visto que, a qualquer momento, ele pode ser chamado para prestar

esclarecimentos em audiência (Brasil, 2022). Em virtude desses fatores, o trabalho dos policiais forenses torna essa população vulnerável ao desenvolvimento de TMC.

Dentre os sintomas mais presentes no sofrimento mental, estão os depressivos, como isolamento social, tristeza, falta de motivação, desesperança, falta de vontade de viver; os psicossomáticos, tais quais insônia, cefaleia, alteração do peso, dores no corpo, doenças de pele; e sintomas de ansiedade, como dificuldade de “desligar-se do trabalho”, além de medos recorrentes e pensamentos repetitivos e/ou intrusivos (Lamego; Bassani, 2022).

Dado o impacto negativo na saúde física e mental, mitigar os fatores de risco para TMC torna-se essencial, sobretudo pela interface que esse tipo de adoecimento tem com outros transtornos mentais, favorecendo a ideação suicida (Lima *et al.*, 2022; Silva dos Santos *et al.*, 2016) e o uso de substâncias (Grether *et al.*, 2019). Além disso, o uso de drogas por dependentes químicos constitui outro fator que pode desencadear alterações emocionais e comportamentais que favorecem a ideação suicida (Almeida; Flores; Scheffer, 2013)

A prevalência de algum grau de ideação suicida encontrada neste estudo foi de 64,3%, com 3,2% de policiais apresentando nível preocupante (alto/muito). Essa prevalência é alta, sendo maior que a encontrada por Strauch, Garcias e Shikida (2019) (55,0%) em uma força de segurança pública brasileira, porém inferior à encontrada em estudo de Oliveira *et al.* (2024) com diversos profissionais da segurança pública brasileira (bombeiro militar, policial militar e policial civil), segundo o qual 73,9% dos policiais apresentaram algum grau de ideação suicida, com 42,9% apresentando níveis preocupantes. Este mesmo estudo não observou diferença de prevalência entre as forças policiais, porém, entre os policiais civis e os bombeiros, predominou o nível de menor gravidade, enquanto nos policiais militares prevaleceram níveis mais graves.

A prevalência de TUS (consumo abusivo/dependente) para substâncias lícitas entre policiais da PEFOCE foi 23,0%, com 18,3% para álcool e 8,0% para tabaco. Esses valores não foram muito diferentes daqueles encontrados por Lima *et al.* (2019) em agentes penitenciários, cujas prevalências foram de 22,3% para álcool e 8,7% para tabaco. A similaridade também ocorreu com as demais drogas (exceto alucinógenos), cuja prevalência nos agentes penitenciários variou entre 0,3% e 1,7%, enquanto nos policiais da PEFOCE foi de 0,3% a 1,1%.

O álcool foi a droga que se apresentou como a mais preocupante, por apresentar a mais alta prevalência de TUS quando comparada às outras drogas. No entanto, a prevalência encontrada neste estudo foi semelhante à média nacional (18,3%) de uso pesado de álcool (*binge drinking*) na população brasileira de 18 a 65 anos obtida no III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira (LENUD) (Bastos *et al.*, 2017).

Esse mesmo estudo nacional identificou que o consumo de álcool aumenta com o aumento da escolaridade, sendo mais frequente em pessoas com nível superior completo ou mais, apesar da frequência de dependência ser menor nessa mesma população (Bastos *et al.*, 2017). Comparando o TUS para álcool com a média nacional de uso pesado em pessoas de nível superior ou mais (20,4%), observa-se que a prevalência de TUS para álcool entre os policiais da PEFOCE foi ligeiramente inferior.

Diferentemente do álcool, o consumo de tabaco diminui com o aumento da escolaridade, sendo menos frequente em pessoas com nível superior completo ou mais (Bastos *et al.*, 2017). Embora o III LNUD não tenha avaliado o padrão de uso abusivo de tabaco, ela apontou uma frequência de uso nos últimos 30 dias de 15,3% para a população geral e de 9,4% em pessoas de 18 a 65 anos com nível superior ou mais. Ribeiro *et al.* (2024) encontraram prevalência de 8,4% de tabagismo entre policiais militares. Sendo assim, a prevalência de TUS para tabaco (8,0%) em policiais da PEFOCE foi ligeiramente inferior ao percentual de pessoas de alta escolaridade que usaram tabaco no último mês, de acordo com o III LNUD, e semelhante à de policiais militares.

Com relação à dependência química para pelo menos uma droga, este estudo identificou prevalência de 3,6%. A média nacional de pessoas de 18 a 65 anos com dependência de nicotina é de 3,6%, e de álcool e demais drogas é de 2,4%, caindo para 1,8% e 2,0%, respectivamente, quando considerado somente as pessoas com nível superior ou mais (Bastos *et al.*, 2017). Os dados apontam que a prevalência de dependência química entre os policiais da PEFOCE é superior ao da população brasileira de mesma escolaridade.

O desfecho dessa pesquisa foi a FC, representado por dois componentes (BO e ETS) que podem atuar isoladamente ou de forma sinérgica com outros transtornos mentais (Silva *et al.*, 2022). Desse modo, este estudo encontrou prevalência de 86,4% de manifestações de adoecimento psíquico, caracterizado pela presença de um ou mais dos transtornos analisados nesta pesquisa (BO, ETS, TMC, ideação suicida e TUS).

Os dados mostram a magnitude do adoecimento psíquico entre os policiais da PEFOCE, com ênfase para o sofrimento mental, e a importância de mitigar os fatores de risco, dados os efeitos negativos na saúde provocados por cada tipo de adoecimento de forma isolada, mas, sobretudo, pelo encadeamento e sobreposição que geralmente ocorre entre os transtornos, com a presença de um favorecendo o desenvolvimento do outro. Portanto, medidas preventivas devem ser adotadas no sentido de reduzir o adoecimento psíquico e, por consequência, melhorar a qualidade de vida e satisfação com o trabalho.

8.2 Fatores associados à fadiga por compaixão

O estudo analisou diversas dimensões que podem afetar a saúde do policial forense no sentido de aumentar ou reduzir o risco de FC. Essas dimensões são relativas a características sociodemográficas, condições de trabalho, hábitos de vida, exposição à violência e outros transtornos mentais.

Visto que, neste estudo, foi considerada presença de FC a existência de pelo menos um dos seus componentes (BO e/ou ETS) em nível moderado ou alto, e considerando que a maioria dos estudos discute FC abordando as três escalas individualmente, a discussão sobre os fatores associados à FC encontrados neste estudo se dará a partir dos fatores associados às três escalas (SC, BO e ETS) encontrados em outros estudos.

8.2.1 Relação com características sociodemográficas

Com relação às características sociodemográficas, este estudo não encontrou associação significativa entre FC e as variáveis sexo, idade, raça, situação conjugal, crença religiosa, grau de instrução, área de formação ou renda. Poucos estudos encontraram relação entre características sociodemográficas e algum dos três componentes (SC, BO e ETS). A mais comum é a associação entre sexo e ETS, indicando que as mulheres estão em maior risco de desenvolver ETS comparado aos homens (Borges *et al.*, 2019; Letson *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2019). Além disso, ser casado/ter um parceiro fixo (Ribeiro *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2020; Yue *et al.*, 2022) e religiosidade (Chagas; Simeão; Pereira, 2023) têm sido apontados na literatura como protetivos para BO, por atuarem como rede de apoio social.

Não está clara, na literatura, a associação entre idade e FC. Estudos apontam que pessoas mais jovens estão em maior risco de ETS (Borges *et al.*, 2019) e BO (Craig; Sprang, 2010; Garcia *et al.*, 2025), enquanto Yue *et al.* (2022) identificaram um efeito bimodal da idade sobre BO, com os maiores níveis ocorrendo entre os mais jovens (até 35 anos) e nos mais experientes (mais de 55 anos). No entanto, diversos outros estudos, similarmente a este, também não encontraram associação entre variáveis sociodemográficas e ETS, BO ou SC (Batalha *et al.*, 2020; Levin *et al.*, 2021; Oberziner *et al.*, 2024).

Este estudo apontou o maior número de pessoas na residência como fator associado à FC, evidenciando que morar sozinho ou com até duas outras pessoas constitui fator de proteção para FC, sendo a proteção diminuída com a presença de mais pessoas na casa, ou seja, morar sozinho ou com mais uma pessoa reduz o risco em 25,9%, enquanto, ao morar com duas

outras pessoas, essa proteção é reduzida para 16,9% quando comparado a morar com 3 ou mais pessoas.

O núcleo familiar, independente da configuração, consiste em um agrupamento de pessoas que residem no mesmo local, interagem por algum tipo de vínculo (cosanguíneo, afetivo ou político) e estabelecem influência mútua (Espíndola *et al.*, 2018), sendo a primeira rede de apoio do indivíduo.

Porém, morar com outras pessoas também pode significar ser a rede de apoio de alguém, o que requer maior responsabilidade financeira, afetiva e social, principalmente quando se é a principal fonte de apoio da família. Sendo assim, qualquer situação que possa afetar algum dos membros da família passa a ser fonte de preocupação e estresse para os demais membros. O estresse e a exaustão da vida pessoal transbordam para a vida profissional, levando ao sofrimento emocional e redução da resiliência do indivíduo (Bhagat; Vijayan, 2025).

Soma-se a isso, a particularidade do trabalho na Segurança Pública, que lida diretamente com a violência e a criminalidade. O trabalho de perícia forense pode aumentar a preocupação dos policiais com a segurança de seus familiares, principalmente quando se trata de filhos, visto que, ao se confrontarem com diversos tipos de situações trágicas e violentas, torna-se clara a vulnerabilidade do ser humano no contexto social atual e os riscos a que as pessoas estão expostas, já que a violência perpassa por diversos ambientes, inclusive aqueles considerados seguros. Vários estudos apontam que o trabalho com crianças vítimas de violência causam impacto negativo na saúde física e emocional de diferentes profissionais (Burns *et al.*, 2008; Dornelles; Macedo; De Souza, 2020; Fansher; Zedaker; Brady, 2020; Letson *et al.*, 2020; Lima-Silva *et al.*, 2021; Paula; Ruiz, 2020; Roach; Cartwright; Sharratt, 2017; Tomyne *et al.*, 2015), podendo levar à maior preocupação desses profissionais com seus próprios filhos (Letson *et al.*, 2020), elevando o risco de BO e ETS (Brady, 2017; Losung *et al.*, 2021), principalmente pela possibilidade de haver um processo de superidentificação. Essa associação entre ter filhos e níveis mais altos de BO e ETS foi identificada por Velasco *et al.* (2025), em estudo com terapeutas de trauma na Espanha.

É no espaço familiar se estabelecem as primeiras relações interpessoais e a definição dos papéis sociais, podendo favorecer os conflitos decorrentes do convívio familiar. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que a família constitui fonte de amor, satisfação e bem-estar, também pode ser geradora de insatisfação, estresse e adoecimento (Espíndola *et al.*, 2018). Bhagat; Vijayan (2025) identificaram que famílias disfuncionais estavam relacionadas a altos níveis de exaustão emocional e despersonalização entre psicólogos, evidenciando que problemas familiares aumentam o risco de BO profissional.

Considerando que a maioria dos policiais da PEFOCE estão em idade economicamente ativa e são a principal fonte de renda familiar, pode-se conjecturar que morar com outras pessoas, sobretudo quando elas possuem pouca ou nenhuma autonomia física, social ou financeira, representa um desafio social, cultural e econômico (Dowbor, 2015) que pode favorecer o adoecimento psíquico por ser possível fonte de estresse e esgotamento.

A má avaliação da saúde financeira apresentou-se como fator de risco para FC entre os policiais da PEFOCE. Quando a saúde financeira está ruim denomina-se que há um estresse financeiro. O estresse financeiro ocorre quando o indivíduo não consegue gerar renda suficiente para assumir os seus compromissos financeiros (Kosminsky et al., 2020). Aumentos no estresse financeiro podem ocasionar danos à saúde física e mental (Campêlo, 2023; Simonse *et al.*, 2022), podendo desencadear ou agravar quadros de ansiedade, depressão, insônia, hipertensão e doenças cardíacas (Campêlo, 2023), o que corrobora com os achados deste estudo.

O estresse financeiro não está relacionado à renda, mas à forma como os recursos financeiros são gerenciados, ou seja, o estresse financeiro ocorre em contexto de maiores dívidas e menores reservas financeiras (Simonse *et al.*, 2022), sendo influenciado pela manutenção de um padrão de vida mais elevado, ocorrência de despesas e acontecimentos inesperados e ausência de educação financeira (Campêlo, 2023). Sendo assim, investir em educação financeira constitui uma estratégia que pode ajudar os profissionais a gerenciar suas finanças, reduzindo o estresse e, por consequência, o risco de esgotamento entre os profissionais da PEFOCE.

8.2.2 Relação com características do trabalho

Dentre as características do trabalho, a única variável associada à FC entre policiais da PEFOCE foi a intenção de rotatividade, aumentando o risco em 50,4%. A exaustão emocional, característica de BO, tem sido apontada como fator associado à maior probabilidade de intenção de mudar de emprego (Grunfeld *et al.*, 2000). Aminihajbashi, Skar, Jensen (2022) encontraram associação entre níveis mais altos de BO e ETS com maior intenção de rotatividade e menor SC entre terapeutas de saúde mental infantil.

Considerando que níveis mais altos de BO e ETS, assim como baixos níveis de SC, reduzem a satisfação dos profissionais com o seu trabalho (Wang *et al.*, 2020), é esperado que profissionais com FC apresentem intenção de deixar o emprego e considerem a busca por outra atividade.

A coordenadoria de lotação do profissional é outra característica do trabalho que

merece atenção, visto que apresentou uma tendência de risco para FC, apesar não ser significativamente associada. Os achados deste estudo indicam que os profissionais que atuavam na COMEL/COPEC tiveram o risco de FC aumentado em 28,6% ($p=0,077$) quando comparado aos profissionais lotados na CALF/CIHPB.

A COMEL e a COPEC são as coordenadorias responsáveis pelas atividades mais diretamente relacionadas aos eventos violentos e suas vítimas, enquanto a CALF e a CIHPB apoiam essas duas coordenadorias, muitas vezes atuando internamente na investigação dos vestígios de crime. Desse modo, os achados estão de acordo com o estudo de Levin *et al.* (2021), também realizado com profissionais das ciências forenses, que encontraram níveis mais altos de ETS nos profissionais de campo, em comparação com os profissionais de laboratório, apesar de não terem encontrado diferença significativa com relação a BO e SC.

Apesar de, neste estudo, o trabalho em regime de plantão não ter apresentado associação significativa com a FC, foi observada uma tendência de aumento do risco em 34,2%. Letson *et al.* (2020) em estudo com profissionais de Centro de Defesa da Criança, identificaram que os profissionais que trabalhavam em regime de plantão tinham pontuações de BO e ETS significativamente maiores em comparação aos que não forneceram serviços de plantão. Porém, Ribeiro *et al.* (2024) identificaram o trabalho por turnos como fator protetivo para BO. A divergência com relação ao papel do trabalho em regime de plantão (ou trabalho por turnos) no risco de FC pode estar relacionada à duração do plantão.

É comum, entre os policiais da PEFOCE, principalmente aqueles que trabalham no interior e residem em outro município ou estado, realizar a troca de plantão no sentido de reduzir o número de viagens de deslocamento para o trabalho. Desse modo, muitos profissionais permanecem no trabalho por vários dias seguidos.

O trabalho por plantão exige prontidão do profissional, e o elevado número de horas ininterruptas de trabalho pode levar ao esgotamento. Wang *et al.* (2020) identificaram que trabalhar mais de 8 horas por dia constitui um fator de risco para BO, enquanto estudo de Lin *et al.* (2021) aponta que jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais aumentam as chances de BO. Além disso, vários profissionais que trabalham ajudando vítimas de violência apontam que o maior número de horas semanais trabalhando diretamente com pessoas traumatizadas aumentam o risco de ETS (Benuto *et al.*, 2018; Denkinger *et al.*, 2018; Hurrell; Draycott; Andrews, 2018).

Ante o exposto, fica evidente que o trabalho em regime de plantão, principalmente quando não existe horário de descanso e folga entre os plantões, pode constituir um fator de risco para FC. Os intervalos entre os plantões atuam como uma fronteira temporal entre as

exposições a eventos traumáticos, importante para o reestabelecimento do equilíbrio emocional, sobretudo quando a qualidade do tempo longe do trauma é positiva (Massey *et al.*, 2019).

Não há um consenso sobre a relação entre tempo de atuação profissional e risco de FC. Estudos apontam que menos anos de atuação aumentam o risco de ETS (Borges *et al.*, 2019; Lamego; Bassani, 2022) e de BO (Marôco *et al.*, 2016), devido ao período de adaptação, e que mais anos no trabalho aumentam a SC (Craig; Sprang, 2010). Por outro lado, Yu, Jiang, Shen (2016) identificaram maiores níveis de BO e FC em enfermeiros com mais anos de experiência, enquanto Brady, Fansher & Zedaker (2019) observaram que os anos de experiência de entrevistadores forenses investigando maus-tratos infantis, nos Estados Unidos, foram preditores para ETS.

O tempo de trabalho não esteve associado à FC entre profissionais da PEFOCE. Os dados sugerem que o impacto do tempo de trabalho com violência no risco de FC pode ser influenciado por outros fatores, como tipo de exposição e capacidade de resiliência dos profissionais, fatores que não foram investigados neste estudo.

8.2.3 Relação com hábitos de vida

Com relação aos hábitos de vida, os únicos fatores associados à FC em policiais da PEFOCE foram o uso nocivo de telas e a ausência de atividades para a saúde mental, como terapias e atividades de lazer, que atuaram como fatores de risco, elevando significativamente em 38,3% e 30,4%, respectivamente.

A literatura tem apontado relação entre prática regular de atividade física com menores níveis de BO (Dyrbye; Satele; Shanafelt, 2017; Ribeiro *et al.*, 2024) e maiores níveis de SC (Wang *et al.*, 2020). Este estudo não encontrou associação entre o padrão de atividade física e FC, porém, o risco de FC entre policiais da PEFOCE foi aumentado diante do uso nocivo (mais de 3h por dia) de telas, que é equivalente a um padrão de inatividade física por refletir um comportamento sedentário (Barros *et al.*, 2021).

O uso excessivo de telas, principalmente antes de dormir, influencia a qualidade do sono, tendo como consequência, despertares noturnos, irritabilidade, ansiedade, depressão, sentimentos de tristeza e privação de sono (Silva *et al.*, 2022). O efeito da qualidade do sono na FC foi investigado por Wang *et al.* (2020), que encontraram relação entre baixa qualidade do sono e presença de BO e ETS, enquanto a boa qualidade do sono estava associada à SC.

Desse modo, fica evidente que o uso nocivo de telas pode causar vários problemas de saúde, inclusive emocionais (Barros *et al.*, 2021), o que corrobora com os achados deste

estudo.

Vários profissionais da PEFOCE relataram *hobbies* e atividades de lazer, incluindo exercícios físicos e atividades contemplativas, como atividades realizadas para a saúde mental, além das terapias, o que se mostrou como fator protetivo para FC ao demonstrar um risco maior (38,3%) entre os profissionais que relataram não ter realizado atividade para a saúde mental no último semestre. O achado converge com os estudos de Borges *et al.* (2019), que identificaram maior risco de BO e ETS em enfermeiros que não se dedicavam a atividades de lazer, e de Ribeiro *et al.* (2024), segundo os quais a prática de lazer aumentava em 33,6% as chances de não desenvolver BO.

Os achados reforçam a importância da qualidade do tempo longe do trabalho com vítimas de eventos traumáticos, de modo que atividades voltadas para a saúde mental possam estimular emoções positivas capazes de contrabalancear as emoções negativas decorrente desse tipo de trabalho (Massey *et al.*, 2019).

8.2.4 Relação com exposição à violência

A exposição à violência, seja por vitimização do policial seja pelo trabalho atendendo vítimas de violência e/ou familiares, foi associada à FC nos policiais da PEFOCE, aumentando significativamente o risco em 47,6% e 56,6%, respectivamente. A violência sofrida no local de trabalho pode comprometer a saúde mental, levando a quadros de ansiedade, depressão, irritabilidade e comportamento de evitação (D'ettore; Pellicani, 2017).

Os resultados apresentados convergem com outros estudos que evidenciam o efeito negativo da violência laboral na saúde mental. Gascon *et al.* (2013) identificaram correlação significativa entre violência física e não física sofrida por profissionais de saúde durante o trabalho e sintomas de BO. Em estudo de Kobayashi *et al.* (2020), os entrevistados que sofreram violência no local de trabalho apresentaram maior sofrimento psicológico, esgotamento e ETS e menor SC, estando o esgotamento, uma das dimensões do BO, significativamente relacionado à violência sofrida.

Alguns autores investigaram os efeitos de formas específicas de violência no desenvolvimento de componentes da FC. Simões & Cardoso (2022) encontraram associação significativa entre esgotamento grave em professores e agressão sofrida na escola no último ano. Em outro estudo com professores, também foi identificada associação direta e significativa entre dimensões do BO (esgotamento emocional e despersonalização) e violência física e verbal sofridas, bem como o testemunho desses tipos de violência (Ribeiro *et al.*, 2022). Fabri *et al.*

(2022), em estudo com enfermeiros, identificaram que o assédio moral estava associado à reduzida SC, enquanto a violência física no trabalho estava correlacionada a alto ETS, não encontrando associação entre os tipos de violência e BO. Neste estudo, somente a violência financeira não esteve associada à FC, enquanto o assédio moral foi o que mais aumentou o risco de FC (34,6%, $p=0,012$), seguido da violência física (aumento de 30,3%, $p=0,046$).

Apesar da maioria dos estudos investigar somente a vitimização direta, quando o participante foi a vítima da violência, este investigou a exposição à violência em sua forma mais global, incluindo a vitimização direta por violência física, psicológica, moral e financeira sofrida no local de trabalho pelo próprio policial, mas também a vitimização indireta, que corresponde à violência sofrida por algum colega de trabalho sobre a qual o participante tomou conhecimento. Sendo assim, os achados deste estudo alertam para a reflexão sobre a importância do impacto da vitimização indireta na saúde mental, reafirmando os achados de outros estudos com testemunhas de violência ou vítimas indiretas (Bueno; Souza; Poltronieri, 2024; Lucena *et al.*, 2019).

Além da vitimização policial, o trabalho com violência, realizado por meio do atendimento a vítimas (fatais e não fatais) e/ou seus familiares, constitui outro risco para FC, conforme encontrado neste estudo. Diversos autores apontam o trabalho com vítimas de violência ou familiares como fator de risco para ETS e, por consequência, para FC (Benuto *et al.*, 2018; Brady; Fansher; Zedaker, 2019; Levin *et al.*, 2021), sendo a probabilidade de traumatização proporcional à frequência de exposição (Ribeiro *et al.*, 2009). Dagan; Bem-Porat; Itzhaky (2016) identificaram que maiores taxas de exposição a maus-tratos infantis estavam associadas a maiores níveis de ETS em profissionais de serviço de proteção à criança.

Dentre os policiais da PEFOCE, 30,1% relataram atender vítimas de violência/familiares diariamente, e 40,5% ocasionalmente, totalizando 70,6% dos policiais trabalhando com atendimento a vítimas de violência e/ou seus familiares. Além disso 54,7% dos policiais trabalhavam com cadáver, dos quais, 66,3% o faziam com frequência semanal/diária.

Há evidências que a elevada frequência de exposição a situações traumáticas como fator de risco para FC. Estudo com profissionais de saúde mental que atuavam em prisões identificou maior risco de FC em profissionais que vivenciavam ou testemunhavam, rotineiramente, eventos traumáticos no trabalho, observando aumento de BO com o aumento do número de eventos (Bell; Hopkin; Forrester, 2019). Outro estudo, realizado com enfermeiros de cuidados paliativos, encontrou associação entre trabalhar mais de 8 horas por dia e maior BO, enquanto maior número de pacientes cuidados esteve associado a maiores níveis de BO e

ETS (Shi *et al.*, 2023).

Sendo assim, é indiscutível que o trabalho com violência constitui fator de risco para FC. Esse risco pode estar relacionado ao volume de trabalho, à frequência de exposição ao trauma, ao número de horas de exposição e à qualidade do material traumático, podendo ser potencializado pela má qualidade do tempo longe do trauma (Massey *et al.*, 2019).

Ante o exposto, conclui-se que o estabelecimento de um limite de atendimentos diários por profissional, o rodízio entre setores (quando possível), assim como estabelecer uma barreira espaço temporal entre as exposições, por meio da garantia da folga entre os plantões, são formas de mitigação do risco de FC nos policiais da PEFOCE. Soma-se a isso, o apoio da organização no sentido de lidar com o estresse e o trauma, promovendo o bem-estar dos policiais, sobretudo daqueles que estão mais expostos a situações de violência.

8.2.5 Relação com outros adoecimentos psíquicos

Entre os diferentes adoecimentos psíquicos avaliados, o sofrimento mental, entendido como suspeição de TMC, mostrou-se associado à FC, reforçando a necessidade de atenção ampliada à saúde mental nessa população. A ausência de sinais de dependência química também merece destaque como fator de proteção, enquanto a ideação suicida não apresentou associação com FC.

A relação entre TMC e FC tem sido evidenciada em outros estudos, sendo observada associação positiva de BO e ETS com estresse, ansiedade e depressão (Hegney *et al.*, 2014; Manuelito, 2016; Yeşil; Polat, 2023), assim como associação negativa de TMC com a SC (Chaves; Nóbrega; Fogaça, 2022; Hegney *et al.*, 2014; Meyer *et al.*, 2015). Silva *et al.* (2022) encontraram relação entre os TMC e duas dimensões do BO – exaustão emocional e despersonalização - em profissionais de colégio universitário. Grant; Lavery; Decarlo (2019) identificaram menos estresse em policiais dos EUA que apresentavam maior SC, enquanto Meyer *et al.* (2015) evidenciaram que a exposição de enfermeiros pediátricos novatos ao estresse previu significativamente menor SC e maior esgotamento.

As evidências teóricas sugerem que existe associação positiva entre ansiedade e depressão (Sampaio; Oliveira; Pires, 2020), e que a presença de FC e maior insatisfação no trabalho estão relacionados não somente com a presença desses transtornos, mas também com a sua maior gravidade. Hegney *et al.* (2014) encontraram correlação significativa entre esgotamento e ETS com níveis mais altos de ansiedade e depressão em enfermeiros australianos, além de maiores pontuações de estresse e depressão nos que apresentaram SC mais

baixa, sugerindo que profissionais de linha de frente com níveis mais altos de ansiedade e depressão, assim como menor satisfação com o trabalho, estão em maior risco de FC.

Outros estudos observaram correlação entre os componentes da FC com os TMC de forma dissociada. Nesse sentido, sintomas de BO estariam mais associados a quadros de depressão (Manuelito, 2016; Nunes Baptista *et al.*, 2019; Yeşil; Polat, 2023), enquanto o ETS estaria associado à somatização (Yeşil; Polat, 2023) e à ansiedade (Manuelito, 2016).

A relação entre BO e depressão tem sido discutida na literatura há vários anos. Maslach; Schaufeli; Leiter (2001) apontam que os indivíduos mais propensos à depressão são mais vulneráveis ao esgotamento, o que é reafirmado em estudo de Cruz (2014), para o qual a depressão constitui um preditor para BO. Por outro lado, estudos evidenciam que o BO é preditor para sintomas depressivos (Duan-Porter *et al.*, 2018; MS, 2022). A observação dos resultados desses estudos sugere que parece haver uma relação bidirecional entre BO e depressão.

Diversos autores evidenciaram que existe uma relação negativa entre BO e SC, sugerindo que a relação entre BO e depressão pode ser mediada pela redução da SC, que atua, portanto, de forma indireta⁸.

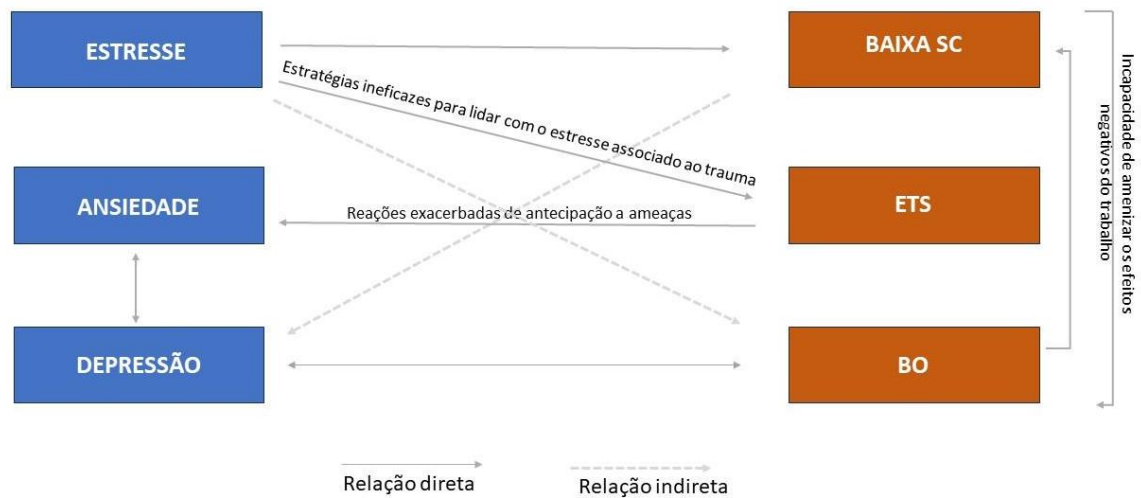
A relação entre ansiedade e ETS é muito estreita do ponto de vista sintomatológico e terapêutico. O ETS é um tipo de TEPT que pode ocorrer quando o indivíduo vivencia exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos de evento traumático decorrente do seu trabalho. Na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), o TEPT estava incluído no capítulo de Transtornos de Ansiedade (Bazan Blanco; Matos do Canto-de-Souza, 2018), embora, na quinta edição do DSM (DSM-V), ele tenha passado a formar uma categoria separada denominada de Transtornos Relacionados a Traumas e Estresse (APA, 2013). Seus sintomas podem incluir reações de hipervigilância, respostas exacerbadas a estímulos, perturbações do sono e dificuldade de concentração (APA, 2013), sintomas semelhantes aos da ansiedade, caracterizados por reações de defesa geradas de forma exacerbada ou produzidas em situações nas quais elas não deveriam ser apresentadas (Bazan Blanco; Matos do Canto-de-Souza, 2018).

Desse modo, observa-se que FC e TMC são transtornos que, geralmente, ocorrem de forma associada, cujos componentes se interrelacionam de diversas formas. Situações de estresse decorrente do trabalho com violência podem reduzir a SC, que, por sua vez, está

⁸ Autores de discutem sobre a temática: (Aminihajibashi; Skar; Jensen, 2022; Batalha *et al.*, 2020; Chiarelli-Helminiak, 2014; Cummings *et al.*, 2021; Fonseca, 2017; Grant; Lavery; Decarlo, 2019; Levin *et al.*, 2021; Oberziner *et al.*, 2024; Perron; Hiltz, 2006; Souza *et al.*, 2019; Tessitore *et al.*, 2023).

associada a maior risco de BO pela incapacidade de amenizar os efeitos negativos do trabalho. O BO apresenta relação bidirecional com a depressão. Quando o profissional não possui estratégias eficazes para lidar com o estresse decorrente do trabalho com violência, ele pode desenvolver ETS, transtorno que pode favorecer quadros de ansiedade. A ansiedade e a depressão, geralmente, ocorrem de forma associada. A relação entre os TMC e a FC está esquematizada na figura 4.

Figura 4 – Relação entre transtornos mentais comuns e fadiga por compaixão.



Fonte: Elaborado pela autora.

A associação entre BO e consumo de substâncias tem sido observada em diversos estudos (Calcides *et al.*, 2019; Nteveros *et al.*, 2020; Talih *et al.*, 2018). O uso abusivo de substâncias, como o álcool e o uso indiscriminado de psicotrópicos, tem se apresentado como estratégias negativas de enfrentamento ao BO (Andrade *et al.*, 2021). É nesse sentido que, no presente estudo, a ausência de dependência química se mostrou como fator associado negativamente à FC, indicando, por consequência, que a presença de indício de dependência química está relacionada ao maior risco de FC.

Além do maior consumo de substâncias psicoativas, o BO tem sido associado a pensamentos sobre a morte (Talih *et al.*, 2018; Trigo; Teng; Hallak, 2007). Sabendo que o BO está relacionado a casos mais graves de depressão, e que esta constitui fator de risco para ideação suicida (Amaral *et al.*, 2020), suspeita-se que haja uma relação entre BO e ideação suicida, que, embora não tenha apresentado relação significativa neste estudo, pode se constituir fator de risco para FC.

8.3 Análise multivariada dos fatores associados à fadiga por compaixão

Foram evidenciados cinco fatores, no modelo teórico, que foram associados de forma significativa à FC nos policiais da PEFOCE. Dentre os fatores intermediários relacionados aos hábitos de vida, destacaram-se como fatores de risco o uso nocivo de telas no tempo livre e a prática de AADCP como recurso para a saúde mental nos últimos 6 meses. Dentre os fatores relacionados às condições de trabalho, a intenção de rotatividade também se apresentou como fator associado à FC. Com relação aos fatores distais, duas variáveis se apresentaram como risco associado à FC: o atendimento a vítimas de violência e a presença de sofrimento mental (caracterizado pelo TMC). Não houve significância de associação com fatores proximais.

O trabalho com violência constitui um estressor que causa impactos negativos na saúde mental dos profissionais de perícia forense, estando diretamente associado ao desenvolvimento de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Orellana *et al.*, 2022; Patias; Heine; Dell'aglio, 2017; Pinheiro; Junior; Mota, 2025; Ribeiro *et al.*, 2013). O atendimento a vítimas de violência pelos policiais forenses pode desencadear quadros de ansiedade e trauma secundário (Manuelito, 2016), reduzir a SC, e, por consequência, favorecer o BO, que está relacionado a quadros depressivos.

O BO pode facilitar o desenvolvimento da depressão (Duan *et al.*, 2021; Maslach; Schaufeli, 1993; Salston; Figley, 2003) ou surgir devido à presença prévia deste transtorno, já que indivíduos mais propensos à depressão são mais vulneráveis ao esgotamento (Cruz, 2014; Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001; Nunes Baptista *et al.*, 2019; Yeşil; Polat, 2023). Esses achados reforçam a associação intrínseca entre FC e TMC encontrada na presente pesquisa, na qual o BO foi analisado como uma categoria teórica explicativa, componente da FC, não sendo utilizado como uma variável empírica mensurada.

Na sociedade contemporânea, as tecnologias e as conexões digitais têm sido bastante utilizadas como forma de enfrentamento temporário do estresse, sobretudo em contextos de exposição a situações traumáticas (Fantasia; Prybutok; Prybutok, 2023; Mahamid; Hamamra; Bdier, 2025; Netto *et al.*, 2024). Porém, o uso problemático de redes sociais tem sido associado a diversos transtornos mentais, sendo os mais comuns a depressão e a ansiedade (Demenech *et al.*, 2023; Fox; Moreland, 2015; Hussain; Griffiths, 2018; NETTO *et al.*, 2024; Seki *et al.*, 2019).

O uso indiscriminado da internet pode ocasionar diversos prejuízos à saúde mental, pois, ao mesmo tempo em que as plataformas digitais funcionam como mecanismos de

enfrentamento, também atuam como fonte de sofrimento ocasionado pela elevada quantidade de informação, conteúdo desfavorável e relação de dependência que se estabelece, levando ao vício (Fantasia; Prybutok; Prybutok, 2023; Mahamid; Hamamra; Bdier, 2025). Além disso, a exposição a conteúdo angustiante ou traumático, comum nas plataformas digitais, pode reduzir os recursos de enfrentamento ao trauma e constituir gatilhos de situações traumáticas vivenciadas anteriormente (Fantasia; Prybutok; Prybutok, 2023).

A realização de AADCP é outro comportamento que pode estar associado ao maior risco de FC. Esse tipo de atividade, usada como recurso para a saúde mental por alguns policiais da PEFOCE, aparece como fator de risco porque adiciona carga mental e emocional ao cotidiano do policial no período em que ele deveria estar em descanso e recuperação das demandas físicas e emocionais do trabalho. Nesse sentido, em vez de reduzir o estresse, esse tipo de atividade se apresenta como uma demanda adicional ao exigir grande esforço mental, aumentando a vulnerabilidade ao desgaste emocional e à FC (Tan *et al.*, 2024). O que deveria ser um fator de proteção, como lazer ou hobby, torna-se um fator de risco, que pode ser potencializado por outros hábitos, como o uso nocivo de telas.

O sistema de recompensa cerebral é ativado por atividades prazerosas que favorecem a autorregulação emocional, reduzindo o impacto do estresse. As AADCP exigem atenção, performance e alto esforço emocional, não funcionando como sistema relaxante. Desse modo, em vez de ativar a via do prazer e descanso (dopaminérgica), ela ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), aumentando o cortisol e prolongando o estado de alerta, fatores que favorecem o desenvolvimento de ansiedade, depressão e BO (componente da FC) (Rozeira *et al.*, 2025). A associação entre a prática de AADCP e o uso nocivo de telas prolonga o estado de alerta, ao criar uma rotina onde o policial nunca “desliga” devido à manutenção do eixo HHA ativo de forma crônica, reduzindo a capacidade de resiliência.

A presença de BO e baixa SC também tem sido associada à intenção de rotatividade (Calcides *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2022; Tan *et al.*, 2024). A intenção de rotatividade é um marcador do desgaste emocional e está associada ao bem estar do profissional no seu ambiente de trabalho (Agapito; Polizzi Filho; Siqueira, 2015).

A redução da realização pessoal, um dos componentes do BO, leva à insatisfação dos profissionais com o trabalho (Borges *et al.*, 2002), favorecendo a intenção de deixar a instituição. Por outro lado, a intenção de rotatividade também expressa um desequilíbrio no modelo esforço–recompensa que gera desmotivação, quebra da sensação de propósito e menor resiliência. Quanto menor a resiliência, menor é a capacidade de superar as adversidades, aumentando a intenção de rotatividade (Vogt; Marcos; Cunha, 2021) e favorecendo o

adoecimento psíquico (Macedo *et al.*, 2020), como, por exemplo, a FC.

Nesse sentido, o atendimento a vítimas de violência constitui um estressor que está correlacionado à presença de sofrimento mental e FC (Hegney *et al.*, 2014; Manuelito, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021; Yeşil; Polat, 2023), transtornos estes que estão associados à intenção de rotatividade.

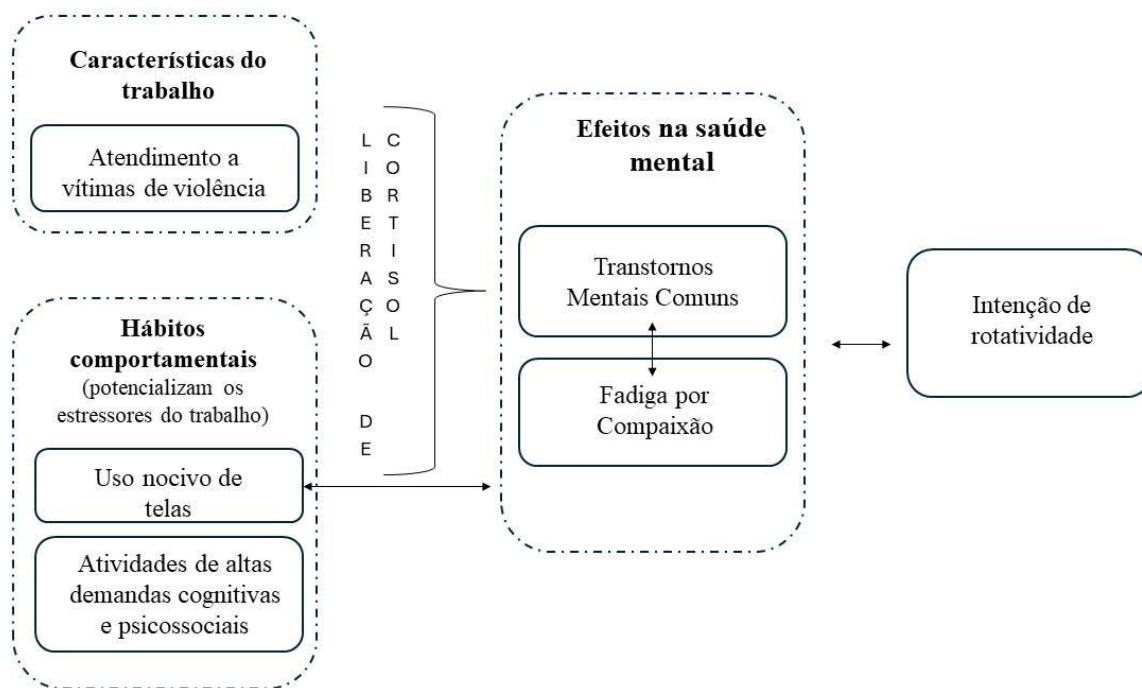
A ausência de associação com fatores proximais sugere que a FC, nesse contexto, é predominantemente determinada por condições estruturais, ocupacionais e comportamentais, e não por características individuais.

Em suma, o trabalho com violência possui alta demanda cognitiva e emocional, constituindo um fator de risco para a FC. A adoção de alguns comportamentos, como o uso excessivo de telas no tempo livre e a prática de AADCP se apresentam como fatores que podem potencializar os efeitos negativos do trabalho ao se apresentarem como uma demanda adicional que ocorre no período que deveria ser de descanso e recuperação psicoemocional. Os três estressores podem e desequilibrar o sistema de recompensa, sobretudo em pessoas com baixa resiliência, e estarem associados à menor satisfação com o trabalho, desenvolvimento de FC, TMC e intenção de rotatividade.

Esses achados reforçam que a FC constitui um fenômeno central do adoecimento psíquico em policiais da perícia forense, fortemente associado à exposição ocupacional à violência. Ademais, os resultados que embasaram a construção do modelo teórico não indicam uma relação causal linear, mas um arranjo complexo de fatores que interagem entre si, aumentando a vulnerabilidade à FC.

O modelo teórico da FC em policiais da PEFOCE pode ser visualizado na figura 5.

Figura 5- Modelo teórico explicativo da fadiga por compaixão em policiais da Perícia Forense do Ceará, Ceará, 2023.



Fonte: Elaborado pela autora.

A análise multivariada aqui conduzida permitiu identificar fatores independentes associados à FC entre profissionais de perícia forense, revelando padrões consistentes de risco e vulnerabilidade psicossocial. Contudo, a interpretação desses achados deve ser ponderada à luz de limitações metodológicas, conceituais e estatísticas que permeiam tanto a construção do modelo quanto a natureza do desfecho estudado.

O delineamento transversal adotado impede o estabelecimento de temporalidade entre exposição e desfecho, restringindo as inferências a associações estatísticas. Essa limitação é particularmente relevante em variáveis como o uso nocivo de telas no tempo livre e a intenção de rotatividade, nas quais é plausível a ocorrência de causalidade reversa: indivíduos já afetados pela fadiga emocional podem aumentar o tempo de exposição a telas (como forma de escape ou distração), assim como aqueles que apresentam maior desejo de deixar o trabalho podem estar mais propensos à FC devido à baixa satisfação com o trabalho decorrente de outros motivos, como insatisfação com o salário, baixo reconhecimento profissional, dificuldade de progressão de carreira, etc. Assim, o modelo não permite diferenciar com precisão efeitos determinantes de efeitos consequenciais, devendo os resultados serem interpretados como indicadores de coexistência de fenômenos e não de determinação causal.

A variável dependente, FC, foi construída de forma composta, a partir da presença de níveis moderados ou altos de BO e/ou ETS, conforme os referenciais teóricos de Stamm (2010) e Figley (2012). Embora essa decisão seja fundamentada na literatura internacional e adaptada a realidades ocupacionais de alta exposição a dor e sofrimento, trata-se de uma definição operacional e não de um diagnóstico padronizado, o que implica reconhecer a heterogeneidade interna do construto.

A FC, entendida como um espectro multidimensional de exaustão emocional, empatia disfuncional e sofrimento vicário, ainda carece de consenso quanto a seus critérios de mensuração. Assim, o uso de um proxy composto (BO e/ou ETS) pode incluir subgrupos distintos, como profissionais em exaustão ocupacional sem trauma secundário, e outros com trauma secundário sem BO, o que tende a diluir a magnitude das associações e gerar viés de classificação não diferencial. Estudos futuros poderiam empregar modelagem confirmatória (CFA) ou análise de classes latentes (LCA) para testar empiricamente a estrutura fatorial da FC em populações de risco.

A inclusão do sofrimento mental no modelo, ainda que justificada como variável distal, requer cautela, pois há sobreposição de sintomas entre sofrimento mental, BO e ETS. Essa colinearidade conceitual pode ter produzido endogeneidade, isto é, parte do efeito do sofrimento mental pode refletir o mesmo construto latente da FC, e não um fator associado independente. Essa condição implica possível sobreajuste do modelo e subestimação dos efeitos ocupacionais diretos, sobretudo daqueles relacionados à exposição a vítimas de violência e à sobrecarga cognitiva. Em futuras investigações, recomenda-se o uso de diagramas causais dirigidos (DAGs) para explicitar caminhos de mediação e colisão, além de análises de mediação binária para estimar efeitos diretos e indiretos (ex.: violência → sofrimento mental → FC).

A ausência de variáveis que descrevem fatores intermediários relevantes — como qualidade do sono, carga horária semanal, número de plantões noturnos, eventos críticos recentes, suporte social e organizacional e histórico de psicopatologia — configura potencial de confusão residual. Esses elementos, ausentes ou incompletos na base de dados, podem atuar como determinantes não observados, distorcendo associações entre as variáveis incluídas.

Do ponto de vista estatístico, o uso da regressão de Poisson com variância robusta para estimar razões de prevalência (RP) é apropriado em estudos transversais com desfechos frequentes. Entretanto, o modelo carece da apresentação de indicadores de ajuste global (como pseudo-R², AIC e BIC), bem como de diagnósticos de colinearidade (VIF) e influência de outliers, que assegurariam maior transparência quanto à estabilidade dos coeficientes.

Além disso, não foram explicitados os critérios de entrada e permanência das

variáveis em cada nível hierárquico, o que reduz a reprodutibilidade da análise. A inclusão desses parâmetros, aliada a uma descrição das interações testadas (por exemplo, sexo × exposição à violência; função × uso de telas), fortaleceria a confiabilidade e o potencial de replicação do modelo.

A amostra analisada, embora expressiva, pode sofrer influência de viés de seleção. Profissionais mais afetados pela fadiga emocional e sofrimento mental podem ter se engajado de forma diferenciada na pesquisa — seja por maior sensibilidade ao tema, seja por exaustão e desinteresse. Tal viés pode superestimar ou subestimar tanto a prevalência de FC quanto a força das associações observadas. A ausência de dados sobre não respondentes impossibilita aferir a direção exata desse viés. Pesquisas futuras deveriam priorizar estratégias de amostragem aleatória e monitoramento de não respostas, permitindo ponderações estatísticas mais robustas.

9 CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados, as principais conclusões do estudo são:

- O perfil sociodemográfico dos participantes apresenta predominância de população masculina, preta/parda, com idade média de 39,4 anos, católicos, com pós graduação e formação na área das ciências biológicas/saúde e relativamente satisfeitos com a remuneração, possuindo renda familiar acima de 10 salários mínimos.
- Com relação às características do trabalho, a maioria atua em Fortaleza, na COMEL/COPEC, trabalham em regime de plantão, possuem 6 ou mais anos de trabalho na PEFOCE. Quase metade possui outra atividade laboral além da PEFOCE e apresentaram intenção de rotatividade.
- Apresentam estilo de vida saudável, com consumo regular de frutas, prática de atividade física e de atividades para a saúde mental com frequência diária/semanal. Porém, boa parte (39,8%) faz uso excessivo de telas no tempo livre.
- O contexto laboral é de alta exposição à violência (93,1%), tanto decorrente de vitimização policial direta e/ou indireta (81,6%) quanto do trabalho com vítimas de violência (75,3%).
- A prevalência de FC entre os policiais da PEFOCE é alta, visto que mais da metade (58,9%) dos policiais foi acometida pelo agravo.
- A FC é predominantemente influenciada pelo BO, apesar de não existir policiais com níveis altos de BO, configurando-se como um problema relevante de saúde ocupacional, enquanto a prevalência de ETS alto é praticamente nula.
- Apesar do contexto de trabalho propício ao desenvolvimento de FC, o nível de SC nos policiais da PEFOCE é bastante favorável (57,3% moderado e 39,7% alto), apresentando-se como fator moderador do risco de FC ao reduzir os níveis de BO.
- O aumento do desgaste ocupacional está associado tanto à redução da SC quanto ao aumento do BO.
- A prevalência de TMC foi de 36,0%, de risco para suicídio foi 64,3% e de TUS foi 26,7%.
- O sofrimento mental está intrinsecamente associado à FC.
- O perfil sociodemográfico não teve influência direta na FC, sugerindo que ela está menos associada a características individuais e mais vinculada a fatores às condições de vida e trabalho, como pressões econômicas e familiares, elevada exposição à violência e presença de outros adoecimentos psíquicos, como TMC e indícios de dependência,

sendo influenciada, também por fatores comportamentais, como uso nocivo de telas e realização de AADCP.

- Os fatores associados à FC foram a exposição ocupacional à violência, uso nocivo de telas no tempo livre, AADCP, sofrimento mental e intenção de rotatividade.

Em síntese, os policiais da PEFOCE estão inseridos em um contexto laboral altamente estressor, marcado por exposição intensa à violência, o que favorece o desenvolvimento de FC. Esse contexto laboral, associado a alguns hábitos comportamentais, como uso nocivo de telas e prática de AADCP, favorece o desenvolvimento de FC ao elevar os níveis de BO. A FC coexiste com o sofrimento psíquico e está interrelacionada à intenção de rotatividade. Os achados evidenciam a necessidade de estratégias institucionais de prevenção, cuidado em saúde mental e ajustes no ritmo de trabalho.

10 RECOMENDAÇÕES

Pautado nos achados deste estudo, seguem algumas recomendações estratégicas que visam à redução do impacto do trabalho com violência na saúde mental dos policiais da PEFOCE, com foco na FC:

- Desenvolver um programa de treinamento de desenvolvimento da autocompaixão, voltado, sobretudo, para os profissionais da COMEL e da COPEC, no sentido de aumentar a regulação emocional dos policiais, prevenir o contágio emocional e, por consequência, aumentar a SC e reduzir o risco de FC;
- Investigar os fatores relacionados à insatisfação com o trabalho entre os policiais e implementar plano de ação para melhoria desses fatores;
- Realizar avaliação do clima organizacional, identificando pontos fortes e oportunidades de melhoria dentro da instituição, com posterior criação e implementação de plano de melhoria institucional com vistas a aumentar a satisfação com o trabalho;
- Realizar triagem para identificar profissionais em risco e determinar o nível de adoecimento psíquico, principalmente entre aqueles que trabalham diretamente com vítimas de violência;
- Criar um fluxo de acolhimento e acompanhamento de profissionais diante de experiência traumática, seja pessoal ou decorrente do trabalho;
- Garantir um espaço temporal entre os plantões e estabelecer limite máximo de atendimentos diários por profissional, com intuito de reduzir a exposição dos policiais à violência;
- Estimular a adoção de hábitos comportamentais e de lazer caracterizados por atividades de baixas exigências cognitivas e que favoreçam a redução do tempo de uso de telas.

REFERÊNCIAS

- ACQUADRO MARAN, D.; ZITO, M.; COLOMBO, L. Secondary Traumatic Stress in Italian Police Officers: The Role of Job Demands and Job Resources. **Frontiers in psychology**, v. 11, p. 1435-1435, jun 2020. DOI: [10.3389/fpsyg.2020.01435](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01435).
- AGAPITO, P. R.; POLIZZI FILHO, A.; SIQUEIRA, M. M. M. Bem-estar no trabalho e percepção de sucesso na carreira como antecedentes de intenção de rotatividade. **RAM. Rev. Adm. Mackenzie**, v. 16, n. 6, p. 71-93, 2015. DOI: [10.1590/1678-69712015/administracao.v16n6p71-93](https://doi.org/10.1590/1678-69712015/administracao.v16n6p71-93)
- ALMEIDA, R. M. M. D.; FLORES, A. C. S.; SCHEFFER, M. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013. DOI: [10.1590/S0102-79722013000100001](https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100001).
- ALVES, V. S. D. C. **Estresse laboral e suas consequências psicossociais em policiais militares no exercício de suas funções**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Humanidades. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/36405?mode=full>. Acesso em: 22 ago 2022.
- AMARAL, A. P.; UCHOA SAMPAIO, J.; NEY MATOS, F. R.; POCINHO, M. T. S. *et al.* Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção. **Enferm. Glob.**, v. 19, n. 3, p. 1-35, jul 2020. DOI: [10.6018/eglobal.402951](https://doi.org/10.6018/eglobal.402951).
- AMINIHAJIBASHI, S.; SKAR, A.-M. S.; JENSEN, T. K. Professional wellbeing and turnover intention among child therapists: a comparison between therapists trained and untrained in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. **BMC Health serv res.**, v. 22, n. 1, p. 1328, 2022. DOI: [10.1186/s12913-022-08670-3](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08670-3).
- ANDRADE, A.; HECH DOMINSKI, F.; DE LIZ, C. M. Nível de atividade física e fatores associados em policiais civis e militares. **Revista Cubana de Medicina Militar**, v. 45, n. 2, p. 145-154, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318351043_Nivel_de_atividade_fisica_e_fatores_as_sociados_em_policiais_civis_e_militares. Acesso em: 23 out 2022.
- ANDRADE, A. L. M.; SCATENA, A.; BEDENDO, A.; MACHADO, W. D. L. *et al.* Uso excessivo de internet e smartpone e problemas emocionais em estudantes de psicologia e psicólogos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 40, e210010, 2023. DOI: [10.1590/1982-0275202340e210010](https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210010).
- ANDRADE, C. B.; BUENO, B. I.; GARDINO, A. L. M.; FREITAS, B. F. A. T. Assédio moral no trabalho e sua complexidade: revisando as produções científicas. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 7, n. 3, p. 2761-2773, 2015. DOI: [10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2761-2773](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2761-2773).
- ANDRADE, G. F.; MENOLLI, P. V. D. S.; CLEMENTE, P. A.; MESAS, A. E. *et al.* Burnout Syndrome and Consumption of Alcohol and Illicit Substances in University Students. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 31, e3134, 2021. DOI: [10.1590/1982-4327e3134](https://doi.org/10.1590/1982-4327e3134).

ANDRADE, G. O.; DANTAS, R. A. A. Work-related mental and behaviour disorders in anesthesiologists. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.65, n. 6, p. 504-510, 2015. DOI: [10.1016/j.bjane.2013.03.021](https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.03.021).

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition**. 5^a ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association (APA), 2013. 992 p. Disponível em: <https://membros.analysispsicologia.com.br/wp-content/uploads/2024/06/DSM-V.pdf>. Acesso em: 22 set 2022.

AQUINO, T. A. A. **Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, João Pessoa, 2009. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/download/ATITUDES%20E%20INTENC%CC%A7O%CC%83ES%20DE%20COMETER%20O%20SUICID%CC%81DIO-%20SEUS%20CORRELATOS%20EXISTENCIAIS%20E%20NORMATIVOS.pdf>. Acesso em: 25 ago 2022.

ARENA, F.; OLIVER, A.; GALIANA, L. Panorama da Qualidade de Vida Profissional entre Trabalhadores que Prestam Cuidados Paliativos no Brasil. **Rev. Colomb. Psicol.**, v. 28, p. 33-46, jul/dec 2019. DOI: [10.15446/rcp.v28n2.70715](https://doi.org/10.15446/rcp.v28n2.70715).

ARIAPOORAN, S.; AHADI, B.; KHEZELI, M. Depression, anxiety, and suicidal ideation in nurses with and without symptoms of secondary traumatic stress during the COVID-19 outbreak. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 37, p. 76-81, apr 2022. DOI: [10.1016/j.apnu.2021.05.005](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.005).

ARSLAN YURUMEZOGLU, H.; KOCAMAN, G. Predictors of nurses' intentions to leave the organisation and the profession in Turkey. **J Nurs Manag**, v. 24, n. 2, p. 235-243, 2016. DOI: [10.1111/jonm.12305](https://doi.org/10.1111/jonm.12305).

ASHFORTH, B. E.; KREINER, G. E. "How can you do it?": Dirty work and the challenge of constructing a positive identity. **Academy of management Review**, v. 24, n. 3, p. 413-434, jul 1999. DOI: [10.2307/259134](https://doi.org/10.2307/259134).

BARBOSA, R.; LABRONICI, L. M.; SARQUIS, L. M. M.; MANTOVANI, M. D. F. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 26-32, mar 2011. DOI: [10.1590/S0080-62342011000100004](https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100004).

BARBOSA, S. D. C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 14, n. 3, p. 315-323, set 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007. Acesso em: 25 out 2022.

BARBOSA, W.; RODRIGUES FERREIRA SAINT MARTIN, D.; PORTO, L. Nível de atividade física e qualidade de vida de policiais level of physical activity and quality of life of police. **Revista Sapiência: Sociedade, Saberes e Práticas Educacionais**, v. 8, n. 3, p. 138-156, 2019. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/sapiencia/article/view/9906>. Acesso em: 22 ago 2023.

- BARROS, A. J. S.; TECHE, S. P.; PADOAN, C.; LASKOSKI, P. *et al.* Countertransference, Defense Mechanisms, and Vicarious Trauma in Work With Sexual Offenders. **J Am Acad Psychiatry Law**, v. 48, n. 3, p. 302-314, 2020. DOI: [10.29158/JAAPL.003925-20](https://doi.org/10.29158/JAAPL.003925-20).
- BARROS, V. A. D.; SILVA, L. R. D. Trabalho e cotidiano no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v. 10, n. 16, p. 318-333, 2004. DOI: [10.5752/P.1678-9563.2004v10n16p318-333](https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2004v10n16p318-333).
- BARROS, V. F. D. S.; OLIVEIRA, R. A. D. S. G. D.; MAIA, R. B.; FERNANDES, N. *et al.* Effects of the excessive use of electronic screens on vision and emotional state. **Rev. Bras. Oftalmol.**, v. 80, n. 5, e0046, 2021. DOI: [10.37039/1982.8551.20210046](https://doi.org/10.37039/1982.8551.20210046).
- BASTOS, F. I. P. M.; VASCONCELLOS, M. T. L. D.; BONI, R. B. D.; REIS, N. B. D. *et al.* **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 22 jan 2024.
- BATALHA, E.; MELLEIRO, M.; QUEIRÓS, C.; BORGES, E. Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 24, p. 25-36, dez 2020. DOI: [10.19131/rpesm.0278](https://doi.org/10.19131/rpesm.0278).
- BAUM, N.; MOYAL, S. Impact on Therapists Working With Sex Offenders: A Systematic Review of Gender Findings. **Trauma Violence Abuse**, v. 21, n. 1, p. 193-205, jan 2020. DOI: [10.1177/1524838018756120](https://doi.org/10.1177/1524838018756120).
- BAZAN BLANCO, M.; MATOS DO CANTO-DE-SOUZA, A. L. Ansiedade, memória e o transtorno de estresse pós-traumático. **CES Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 53-65, 2018. DOI: [10.21615/cesp.11.2.5](https://doi.org/10.21615/cesp.11.2.5).
- BEAUMONT, E.; DURKIN, M.; HOLLINS MARTIN, C. J.; CARSON, J. Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. **Counselling and Psychotherapy Research**, v. 16, n. 1, p. 15-23, 2016. DOI: [10.1002/capr.12054](https://doi.org/10.1002/capr.12054).
- BELL, S.; HOPKIN, G.; FORRESTER, A. Exposure to Traumatic Events and the Experience of Burnout, Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction among Prison Mental Health Staff: An Exploratory Survey. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 40, n. 4, p. 304-309, 2019. DOI: [10.1080/01612840.2018.1534911](https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1534911).
- BENDASSOLLI, P. F.; DA ROCHA FALCÃO, J. T. Psicologia social do trabalho sujo: revendo conceitos e pensando em possibilidades teóricas para a agenda da psicologia nos contextos de trabalho. **Universitas Psychologica**, v. 12, p. 1155-1168, 2013. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-4.psts>.
- BENUTO, L. T.; NEWLANDS, R.; RUORK, A.; HOOFT, S. *et al.* Secondary traumatic stress among victim advocates: prevalence and correlates. **J Evid Inf Soc Work**, v. 15, n. 5, p. 494-509, 2018. DOI: [10.1080/23761407.2018.1474825](https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1474825).

- BERNARDO, V. M.; SILVA, F. C. D.; FERREIRA, E. G.; BENTO, G. G. *et al.* Atividade física e qualidade de sono em policiais militares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 40, n. 2, p. 131-137, 2018. DOI: [10.1016/j.rbce.2018.01.011](https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.01.011).
- BEUSENBERG, M.; ORLEY, J. H.; WHO. A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ / compiled by M. Beusenbergh and J. Orley). Geneva: World Health Organization, 1994. 81p. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/61113>. Acesso em: 22 set 2022.
- BEZERRA, C. D. M.; ASSIS, S. G. D.; CONSTANTINO, P.; PIRES, T. O. Fatores associados ao sofrimento psíquico de agentes penitenciários do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, e-17, 2021. DOI: [10.1590/2317-6369000038218](https://doi.org/10.1590/2317-6369000038218).
- BHAGAT, D.; VIJAYAN, D. Family functioning, burnout and secondary traumatic stress among psychologists. **World Journal of Advanced Research and Reviews**, v. 26, n. 1, p. 2792-2801, 2025. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.26.1.1214>.
- BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. D. S. F. Fundamentos da Pesquisa Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. (Ed.). **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 173-179.
- BONALUME, C. R.; TAVARES, M. L.; ISAYAMA, H. F.; STOPPA, E. A. Mulheres, trabalho e lazer no Brasil: entre tempos, gostos, desejos e a fruição de um direito. **Revista Estudos Feministas**, 31, n. 2, 2023. DOI: [10.1590/1806-9584-2023v31n283799](https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n283799).
- BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 996-999, 2016. DOI: [10.1590/0034-7167-2015-0133](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133).
- BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Predictors of nursing workers' intention to leave the work unit, health institution and profession. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 27, 2019. DOI: [10.1590/1518-8345.3280.3219](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3280.3219).
- BORGES, C. A.; CLARO, R. M.; MARTINS, A. P. B.; VILLAR, B. S. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, 31, n. 1, p. 137-148, 2015. DOI: [10.1590/0102-311X00005114](https://doi.org/10.1590/0102-311X00005114).
- BORGES, E.; FONSECA, C.; BAPTISTA, P. C. P.; QUEIRÓS, C. M. L. *et al.* Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. **Rev Lat Am Enfermagem**, 27, p. e3175, 2019. DOI: [10.1590/1518-8345.2973.3175](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175).
- BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; PEREIRA, A. L. D. S.; MACHADO, E. A. P. *et al.* A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15, 2002. DOI: [10.1590/S0102-79722002000100020](https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100020).
- BRACKETT, M. A.; PALOMERA, R.; MOJSA-KAJA, J.; REYES, M. R. *et al.* Emotion-regulation ability, burnout, and job satisfaction among British secondary-school teachers. **Psychology in the Schools**, 47, n. 4, p. 406-417, 2010. <https://doi.org/10.1002/pits.20478>.

BRADY, P. Q. Crimes Against Caring: Exploring the Risk of Secondary Traumatic Stress, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Child Exploitation Investigators. **Journal of police and criminal psychology**, v. 32, n. 4, p. 305-318, 2017. DOI: [10.1007/s11896-016-9223-8](https://doi.org/10.1007/s11896-016-9223-8).

BRADY, P. Q.; FANSHER, A. K.; ZEDAKER, S. B. Are parents at a higher risk for secondary traumatic stress? How interviewing child victims impacts relationships with forensic interviewer's friends and family. **Child Abuse & Neglect**, v. 88, p. 275-287, 2019. DOI: [10.1016/j.chiabu.2018.11.017](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.017).

BRASIL. **Diagnóstico da perícia criminal no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2013a. 124 p. Disponível em: https://criminal.mppr.mp.br/arquivos/File/ANEXOS/DIAGNOSTICO_PERICIA.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. 2013b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 124 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>.

BRASIL. **Perícia criminal para magistrados**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2022. 146 p. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/11/dpj-pericia-criminal-para-magistrados-digital-3011.pdf>.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2006-2023 Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023: estado nutricional e consumo alimentar.

Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. 80 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-2006-2023-estado-nutricional-e-consumo-alimentar>.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2006-2023 Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023: prática de atividade física. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. 68 p. Disponível em: <file:///C:/Users/drama/Downloads/Vigitel%202006-2023%20-%20pr%C3%A1tica%20de%20atividade%20f%C3%ADsica.pdf>.

BRITO, H. P.; PINTO; SOUZA, E. D.; RAMOS *et al.* Sofrimento psíquico em policiais militares brasileiros: revisão de literatura. **Trabajo y Sociedad**, n. 43, p. 109-128, 2024. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3873/387378739006/html/>. Acesso em: 11 ago 2022.

BUENO, R. T. D. O.; SOUZA, E. R. D.; POLTRONIERI, B. C. Vítimas indiretas da violência: um olhar sobre os impactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 29, n. 9, 2024. DOI: [10.1590/1413-81232024299.12082022](https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12082022).

BURNS, C. M.; MORLEY, J.; BRADSHAW, R.; DOMENE, J. The emotional impact on and coping strategies employed by police teams investigating internet child exploitation. **Traumatology**, 14, p. 20-31, 2008. DOI: [10.1177/1534765608319082](https://doi.org/10.1177/1534765608319082).

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: [10.1590/S0103-73312007000100006](https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006).

CALCIDES, D. A. P.; DIDOU, R. D. N.; MELO, E. V. D.; OLIVA-COSTA, E. F. D. Burnout Syndrome in medical internship students and its prevention with Balint Group. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 65, n. 11, p. 1362-1367, 2019. DOI: [10.1590/1806-9282.65.11.1362](https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.11.1362).

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 255 p.

CAMPÊLO, M. A. **Estresse financeiro**: causas, consequências e estratégias de enfrentamento. Portal do Investidor, Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/investidor/pt-br/penso-logo-invisto/estresse-financeiro-causas-consequencias-e-estrategias-de-enfrentamento>. Acesso em: 3 jan. 2026.

CARVALHO, J. P. Violências no local de trabalho médico. **Femina**, v. 50, n. 2, p. 99-101, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1366126/femina-2022-502-99-101.pdf> . Acesso em: 26 jan 2026.

CAVEDON, B. Z.; AMADOR, F. S. Quando a morte é o começo da atividade: análise do trabalho pericial sob o ponto de vista da clínica da atividade. n. 37, p. 177-202. DOI: [10.17058/BARBAROI.V0I37.2459](https://doi.org/10.17058/BARBAROI.V0I37.2459).

CAVEDON, N. R. "De frente pro crime": cultura organizacional e socialização dos peritos

ingressantes no departamento de criminalística do instituto-geral de perícias do Rio Grande do Sul. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, 11, n. 4, p. 38-65, 2010.

CAVEDON, N. R. A qualidade de vida no trabalho na área da Segurança Pública: uma perspectiva diacrônica das percepções olfativas e suas implicações na saúde dos servidores. **Organizações & Sociedade**, 21, n. 68, p. 875-982, 2014.

CEARA. Edital Nº1 – PEFOCE, de 21 de maio de 2021. **Diário Oficial do Estado**: série 3, Fortaleza, CE, ano XIII, n. 119, p. 184-208, 21 mai 2021. Disponível em: <https://www.sspds.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/24/2021/05/Edital-Pefoce.pdf>. Acesso em: 12 mai 2022.

CEARÁ. Lei Nº 14.055, de 07 de janeiro de 2008. Cria, no sistema de segurança pública estadual, a Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**: série 2, Fortaleza, CE, ano XI, n. 12, p. 1-4, 17 jan 2008. Disponível em: <http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20080117/do20080117p01.pdf#page=1>. Fortaleza 2008a.

CEARÁ. **Organograma da Perícia Forense do Estado do Ceará**. Ceará, 2008b. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/organograma/pefoce/>. Acesso em: 12 mai 2022.

CEARÁ. Decreto nº 30.485, de 06 de abril de 2011. Aprova o regulamento geral da Perícia Forense do Ceará - PEFOCE, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado** : série 3, Fortaleza, CE, ano III, n. 67, pág. 5-15, 07 abr. 2011. Disponível em: <https://www.pefoce.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/28/2022/12/Regulamento-da-Pericia-Forense.pdf>. Acesso em: 28 ago 2022.

CEARÁ. Lei nº 16.710, de 21.12.2018. Dispõe sobre o modelo de gestão do poder executivo, altera a estrutura da administração estadual. **Diário Oficial do Estado** : série 3, Fortaleza, CE, ano X, n. 67, pág. 1-14, 26 dez. 2018. Disponível em: <https://www.srh.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/90/2019/11/LEI-N%C2%BA-16.710-DE-21-DE-DEZEMBRO-DE-2018-DISP%C3%95E-SOBRE-O-MODELO-DE-GEST%C3%83O-DO-PODER-EXECUTIVO-ALTERA-A-ESTRUTURA-DA-ADMINISTRA%C3%87%C3%83O-ESTADUAL..pdf>. Acesso em: 28 ago 2022.

CEARÁ. Emenda constitucional nº 115, de 05 de maio de 2022. Acresce o § 2.º ao art. 178 da Constituição do Estado. **Diário Oficial do Estado**: série 3, Fortaleza, CE, ano XIV, n. 96, pág. 112, 06 mai. 2022a. Disponível em: https://www.egp.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/8/2024/10/Const-2022-Atualizada-emenda-117_16-11-1.pdf. Acesso em: 28 ago 2022.

CEARÁ. **Processo de Interiorização - Mapas cronológicos de implantação dos Núcleos da Perícia Forense do Estado do Ceará**. Governo do Estado do Ceará, 2022b. Disponível em: <https://www.pefoce.ce.gov.br/processo-de-interiorizacao/>. Acesso em: 28 ago 2022.

CEARÁ. **Organograma Estadual - Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social**. Ceará, 2023. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/organograma/sspds/>. Acesso em: 12 jul.

CEARÁ, G. D. E. **Portal Ceará Transparente**. Informações sobre servidores públicos, Ceará,

2025. Disponível em: [https://ceartransparente.ce.gov.br/portal-da-transparencia/servidores?search=&functional_status=0&integration_supports_server_role_id=617&cod_orgao=202&month_year=03/2023&locale=&page=&sort_direction=&sort_column=&utf8=&commit=Buscar&_=&_="](https://ceartransparente.ce.gov.br/portal-da-transparencia/servidores?search=&functional_status=0&integration_supports_server_role_id=617&cod_orgao=202&month_year=03/2023&locale=&page=&sort_direction=&sort_column=&utf8=&commit=Buscar&_=&_=).

CFP. **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012. 82 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas.pdf>.

CHAGAS, D.; SIMEÃO, S.; PEREIRA, R. Transtornos Mentais Comuns (TMC): um estudo com estudantes de cursos técnicos. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 12, p. e5193, 11/08 2023.

CHAVES, S.; NÓBREGA, M.; FOGAÇA, N. Satisfação no Trabalho e a relação com o Transtorno Mental Comum em uma amostra de Militares do Exército Brasileiro. **Research Society and Development**, 11, 06/26 2022.

CHIARELLI-HELMINIAK, C.; M. **Job Satisfaction and Burnout among Forensic Interviewers**. 2014. 397 f. (Doctoral Dissertations) -, University of Connecticut Graduate School, New York. Disponível em: <https://digitalcommons.lib.uconn.edu/dissertations/397>.

CHOI, G.-Y. Organizational Impacts on the Secondary Traumatic Stress of Social Workers Assisting Family Violence or Sexual Assault Survivors. **Administration in Social Work**, 35, n. 3, p. 225-242, 2011/06/01 2011.

CLEARY, E.; CURRAN, D.; DYER, K.; SIMMS, J. *et al.* Contributing factors to secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in therapists. **Journal of Traumatic Stress**, 37, n. 1, p. 103-112, 2024-02-01 2024.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. DOI 10.7476/9788575415917. 215 p. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7476/9788575415917>.

CNMP. **Controle Externo da Atividade Policial em Números - Delegacias de Polícia Civil e Órgãos de Perícia Técnica**. Brasília/DF, 2023. Disponível em: https://public.tableau.com/app/profile/cnmp/viz/ControleExternodaAtividadePolicialemNmeros-PginadeAbertura/Painel_Abertura_Resoluo20. Acesso em: 23 jan.

CORSI, C. A. C.; LUIZ, A. V. A.; CINTRA, Á. S.; PITTA, N. C. *et al.* Vigilância em saúde do trabalhador: o suicídio relacionado ao trabalho. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog**, 16, n. 4, p. 133-143, 2020/12 2020.

COSTA, S. H. N. **Uso de drogas psicotrópicas por policiais militares de Goiânia e Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil**. 2009. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/117.pdf>. Acesso em: 23 ago 2022.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de

prevalência em estudos de corte transversal. **Revista de Saúde Pública**, 42, n. 6, p. 992-998, 2008.

CRAIG, C. D.; SPRANG, G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. **Anxiety, Stress, & Coping**, 23, n. 3, p. 319-339, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução LOPES, M. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CRUZ, B. S. P. D. **Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portugueses**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27328>. Acesso em: 14 set 2022.

CUADRADO, E. H.; FERNANDEZ-ARIAS, I.; GARCÍA, C. L. Presence and predictors of suicide ideation in a clinical outpatient context. **Ansiedad y Estrés**, v.29, n. 1, p. 10-17, 2023. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.10.008.

CUMMINGS, C.; SINGER, J.; HISAKA, R.; BENUTO, L. T. Compassion Satisfaction to Combat Work-Related Burnout, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic Stress. **J Interpers Violence**, 36, n. 9-10, p. Np5304-np5319, May 2021.

D'ETTORRE, G.; PELLICANI, V. Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. **Saf Health Work**, 8, n. 4, p. 337-342, Dec 2017.

DA CUNHA, P. A. B.; DICK, N. R. M.; PIRES, C. G.; PINTO, J. D. N. Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Policial Militar. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, 7, n. 2, p. 07, 2019.

DA SILVA, A. K. L.; QUEIROZ, J. L. F. D.; MOTA, C. A.; ROCHA, L. S. F. *et al.* Assédio moral no trabalho e sofrimento psíquico em motoristas de ônibus. **Revista de Psicologia**, 11, n. 1, p. 20-27, 2020.

DAGAN, S. W.; BEN-PORAT, A.; ITZHAKY, H. Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. **Child Abuse & Neglect**, v.51, p. 203-211, 2016. DOI: [10.1016/j.chiabu.2015.10.008](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014521341500366X). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014521341500366X>. Acesso em: 2016/01/01/.

DE SOUZA OLIVEIRA, C.; QUINA GALDINO, M. J.; CARVALHO BARRETO, M. F.; ROLIM SCHOLZE, A. *et al.* Violência no trabalho: vivências e estratégias de enfrentamento por enfermeiros de unidades de pronto atendimento. **Ciencia y Enfermería**, 28, 2022.

DECETY, J.; JACKSON, P. L. The Functional Architecture of Human Empathy. **Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews**, 3, n. 2, p. 71-100, 2004.

DEL-CAMPO, E. R. A. **Exame e levantamento técnico pericial de locais de interesse à justiça criminal: abordagem descritiva e crítica**. 2008. Dissertação (Mestrado em Medicina

Legal) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-27052010-093136/publico/Eduardo_Roberto_Alcantara_Del_Campo_Dissertacao.pdf. Acesso em: 18 set 2022.

DEMENECH, L. M.; DOMINGUES, M. R.; MULLER, R. M.; LEVIEN, V. R. *et al.* Internet addiction and depressive symptoms: a dose-response effect mediated by levels of physical activity. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, 45, e20210279, 2023. DOI: 10.47626/2237-6089-2021-0279.

DENKINGER, J. K.; WINDTHORST, P.; ROMETSCH-OGIOUN EL SOUNT, C.; BLUME, M. *et al.* Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the “Islamic State”. **Frontiers in Psychiatry**, 9, p. 234, 2018. DOI: [10.3389/fpsyt.2018.00234](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00234)

DI NOTA, P. M.; ANDERSON, G. S.; RICCIARDELLI, R.; CARLETON, R. N. *et al.* Mental disorders, suicidal ideation, plans and attempts among Canadian police. **Occupational Medicine**, 70, n. 3, p. 183-190, 2020.

DORNELLES, T. M.; MACEDO, A. B. T.; DE SOUZA, S. B. C. Professional quality of life and coping in a reference hospital for victims of sexual violence. **Texto e Contexto Enfermagem**, 29, p. 1-14, 2020.

DOWBOR, L. A Economia da Família. **Psicologia USP**, 26, n. 1, p. 15-26, 2015.

DUAN, P.; WANG, Y.; LIN, R.; ZENG, Y. *et al.* Impact of early life exposures on COPD in adulthood: A systematic review and meta-analysis. **Respirology**, v. 26, n. 12, p. 1131-1151, dec 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/resp.14144>. Acesso em: 15 set 2023.

DUAN-PORTER, W.; HATCH, D.; PENDERGAST, J. F.; FREUDE, G. *et al.* 12-month trajectories of depressive symptoms among nurses—Contribution of personality, job characteristics, coping, and burnout. **Journal of Affective Disorders**, 234, p. 67-73, 2018.

DYRBYE, L. N.; SATELE, D.; SHANAFELT, T. D. Healthy Exercise Habits Are Associated With Lower Risk of Burnout and Higher Quality of Life Among U.S. Medical Students. **Academic Medicine**, 92, n. 7, p. 1006-1011, 2017. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001540.

EIZIRIK, M.; POLANCZYK, G.; SCHESTATSKY, S.; JAEGER, M. A. *et al.* Contratransferência no atendimento inicial de vítimas de violência sexual e urbana: uma pesquisa qualitativa/quantitativa. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 29, n. 2, p. 197-204, 2007.

EIZIRIK, M.; SCHESTATSKY, S.; KNIJNIK, L.; TERRA, L. *et al.* Contratransferência e trauma psíquico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 28, n. 3, p. 314-320, 2006.

ENDSJØ, M.; VANG, M. L.; JENSEN, T. K.; SKAR, A.-M. S. Predictors of burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction among practitioners in Norwegian child advocacy centers. **Child Abuse & Neglect**, 154, p. 106924, 2024.

ESPÍNDOLA, A. V.; QUINTANA, A. M.; FARIAS, C. P.; MÜNCHEN, M. A. B. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Revista Bioética**, 26, n. 3, p. 371-377, 2018.

FABRI, N. V.; MARTINS, J. T.; GALDINO, M. J. Q.; RIBEIRO, R. P. *et al.* Violência laboral e qualidade de vida profissional entre enfermeiros da atenção primária. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, 35, p. eAPE0362345-eAPE0362345, 2022.

FACHONE, P.; VELHO, L. Ciência forense: interseção justiça, ciência e tecnologia. **Revista Tecnologia e Sociedade**, v. 3, n. 4, p. 139-161, 2007. DOI: [10.3895/rts.v3n4.2498](https://doi.org/10.3895/rts.v3n4.2498).

FANSHER, A. K.; ZEDAKER, S. B.; BRADY, P. Q. Burnout Among Forensic Interviewers, How They Cope, and What Agencies Can Do to Help. **Child Maltreat**, 25, n. 1, p. 117-128, 2020.

FANTASIA, A. T.; PRYBUTOK, G.; PRYBUTOK, V. The relationship between post-traumatic stress disorder and social media addiction: A qualitative study. **Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health**, 3, p. 100056, 2023.

FBSP. **Religião entre os policiais militares, civis e federais do Brasil**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020. 25 p. Disponível em:

<https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/8220312f-36c8-43fb-b164-c1e3cf9a2844>.

Acesso em: 12 nov 2022.

FBSP. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**. Brasília: FBSP, 2022. 516 p.

Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>. Acesso em: 12 nov 2023.

FBSP. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024a. 404 p. Disponível em:

<https://apidspace.forumseguranca.org.br/server/api/core/bitstreams/1d896734-f7da-46a7-9b23-906b6df3e11b/content>. Acesso em: 12 ago 2025.

FBSP. **Raio-x das forças de segurança pública do Brasil** São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024b. 109 p. Disponível em:

<https://apidspace.forumseguranca.org.br/server/api/core/bitstreams/5832a9eb-7eb6-4648-b4c0-1b91f0ab2ab4/content>. Acesso em: 18 ago 2025.

FELIX JUNIOR, I. J.; SCHLINDWEIN, V. D. L. D. C.; CALHEIROS, P. R. V. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 16, p. 104-122, 2016.

FERRARI CARDOSO, H.; BASILE FORLINI, J.; PRESCILLA DIAS, J. Clima e suporte organizacional: avaliação e relação entre as temáticas. **CES Psicologia**, 12, p. 65-82, 2019.

FIGLEY, C. R. Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorders: An Overview. In: FIGLEY, C. R. (Ed.). **Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized**. New York: Routledge, 1995. cap. 1, p. 1-20.

FONSECA, C. I. N. D. S. **Fadiga por Compaixão em Enfermeiros de Urgência Hospitalar**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem) -

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21098>. Acesso em: 13 nov 2023.

FOX, J.; MORELAND, J. J. The dark side of social networking sites: An exploration of the relational and psychological stressors associated with Facebook use and affordances. **Computers in Human Behavior**, 45, p. 168-176, 2015.

FRANCISQUINI, M. C. J.; SILVA, T. M. D. S.; SANTOS, G. C. D.; BARBOSA, R. D. O. *et al.* Associations of screen time with symptoms of stress, anxiety, and depression in adolescents. **Revista Paulista de Pediatria**, 43, 2025.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GANZ, D.; BRAQUEHAIS, M. D.; SHER, L. Secondary Prevention of Suicide. **PLOS Medicine**, 7, n. 6, p. e1000271, 2010.

GARCIA, A. D. J.; SANTOS, A. D. S. D.; SANTOS, C. V.; FERREIRA, M. D. S. *et al.* Síndrome De Burnout Em Profissionais De Enfermagem Oncológica: Um Estudo Transversal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 70, n. 4, 2025.

GASCON, S.; LEITER, M. P.; ANDRÉS, E.; SANTED, M. A. *et al.* The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. **Journal of Clinical Nursing**, 22, n. 21-22, p. 3120-3129, 2013.

GEORGES NAKKA STRAUCH, A.; DE OLIVEIRA GARCIAS, M.; FRANCISCO ASSIS SHIKIDA, P. Percepções do suicídio em uma força de segurança pública brasileira: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Execução Penal**, p. 239-260, 2019.

GILBERT-ELIOT, T. **Healing Secondary Trauma - Proven Strategies for Caregivers and Professionals to Manage Stress, Anxiety, and Compassion Fatigue**. California: Rockridge Press, 2020. 167 p.

GISCHEWSKI, V. R. O abuso de álcool entre policiais militares: um estudo em saúde mental e trabalho. **Revista de Psicologia: Saúde Mental e Segurança Pública**, v.2, n. 4, p. 59-64, 2007. Disponível em: <https://revista.policiamilitar.mg.gov.br/index.php/psicologia/article/view/64>.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatr Scand Suppl.**, v.90, n. s385, p. 66-70, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05916.x>.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: A bio-social model**. London and New York: Tavistock/Routledge., 1992. 194 p.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

- GRANT, H. B.; LAVERY, C. F.; DECARLO, J. An Exploratory Study of Police Officers: Low Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. **Frontiers in Psychology**, 9, 2019.
- GREETHER, E. O.; BECKER, M. C.; MENEZES, H. M.; NUNES, C. R. D. O. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre Estudantes de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC). **Revista Brasileira de Educação Médica**, 43, n. 1 suppl 1, p. 276-285, 2019.
- GRUNFELD, E.; WHELAN, T. J.; ZITZELSBERGER, L.; WILLAN, A. R. *et al.* Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **Canadian Medical Association Journal**, 163, n. 2, p. 166, 2000.
- GUERRERO-BARONA, E.; GUERRERO-MOLINA, M.; CHAMBEL, M. J.; MORENO-MANSO, J. M. *et al.* Suicidal Ideation and Mental Health: The Moderating Effect of Coping Strategies in the Police Force. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18, n. 15, p. 8149, 2021.
- GUIMARÃES, A. P. D.; OLIVEIRA, H.; SILVA, J. M. D. Violência relacionada ao trabalho e apropriação da saúde do trabalhador: sofrimento anunciado no Sistema Único de Assistência Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 30, n. 2, 2020.
- GUIRADO, G. M. D. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cadernos Saúde Coletiva**, 24, n. 1, p. 92-98, 2016.
- HARADA, L.; BRANCO, R. D. M.; BARBOSA, T. F.; BALLESTE, D. *et al.* The impact of workplace violence on the mental health of health care workers during the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, 22, n. 02, p. 01-08, 2024.
- HARRIS, C. J. Sensory-Based Therapy for Crisis Counselors. *In*: FIGLEY, C. R. (Ed.). **Compassion Fatigue - Coping with Secondary Traumatic Stress Disorders in Those Who Treat the Traumatized**. New York/London: Routledge, 1995. p. 101-114.
- HEGNEY, D. G.; CRAIGIE, M.; HEMSWORTH, D.; OSSEIRAN-MOISSON, R. *et al.* Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. **J Nurs Manag**, 22, n. 4, p. 506-518, 2014.
- HENRIQUE, I. F. S.; DE MICHELI, D.; LACERDA, R. B. D.; LACERDA, L. A. D. *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, 50, n. 2, p. 199-206, 2004.
- HERITAGE, P.; SILVA, E. S. **Boletim Construindo Pontes: uma investigação sobre saúde mental, violência, cultura e resiliência na Maré**. Rio de Janeiro: People's Palace Projects e Redes da Maré, 2021. 41 p. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/ARQUIVOS/BOLETIM_PESQUISA_CONST_PONTES_.pdf?ltclid=32ef5a8a-78b5-4966-a60a-ae9b542c97a3.
- HUMENIUK, R.; HENRY-EDWARDS, S.; ALI, R.; POZNYAK, V. *et al.* **The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care**. France: WHO: 2010. 74 p.

HURRELL, A.-K.; DRAYCOTT, S.; ANDREWS, L. Secondary traumatic stress in police officers investigating childhood sexual abuse. **Policing: An International Journal**, 41, n. 5, p. 636-650, 2018.

HUSSAIN, Z.; GRIFFITHS, M. D. Problematic Social Networking Site Use and Comorbid Psychiatric Disorders: A Systematic Review of Recent Large-Scale Studies. **Frontiers in Psychiatry**, 9, 2018.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. 215 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.

IBGE. **PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio**. 2015. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1900>.

IBGE. **Censo Demográfico 2022 - Identificação étnico-racial da população, por sexo e idade: Resultados do universo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023. 84 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73105>.

JESUS, G. M. D.; JESUS, É. F. A. D. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Rev. bras. ciênc. esporte**, 34, n. 2, p. 433-448, 2012.

JESUS, G. M. D.; MOTA, N. M.; JESUS, É. F. A. D. Risco cardiovascular em policiais militares de uma cidade de grande porte do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. ciênc. esporte**, 36, n. 3, p. 692-699, 2014.

KEMPER, K. J.; MCCLAFFERTY, H.; WILSON, P. M.; SERWINT, J. R. *et al.* Do Mindfulness and Self-Compassion Predict Burnout in Pediatric Residents? **Academic Medicine**, 94, n. 6, p. 876-884, 2019.

KEMPER, K. J.; MO, X.; KHAYAT, R. Are Mindfulness and Self-Compassion Associated with Sleep and Resilience in Health Professionals? **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, 21, n. 8, p. 496-503, 2015.

KIZILHAN, J. I. Stress on local and international psychotherapists in the crisis region of Iraq. **BMC Psychiatry**, 20, n. 1, 2020.

KOBAYASHI, Y.; OE, M.; ISHIDA, T.; MATSUOKA, M. *et al.* Workplace Violence and Its Effects on Burnout and Secondary Traumatic Stress among Mental Healthcare Nurses in Japan. **Int. j. environ. res. public health (Online)**, 17, n. 8, 2020.

KOSMINSKY, M.; NASCIMENTO, M.; NEVES SILVA DE OLIVEIRA, G. Financial stress and pain, what follows an economic crisis? Integrative review. **Brazilian Journal Of Pain**, 3, 2020.

KYRON, M. J.; RIKKERS, W.; PAGE, A. C.; O'BRIEN, P. *et al.* Prevalence and predictors of suicidal thoughts and behaviours among Australian police and emergency services

employees. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 55, n. 2, p. 180-195, 2021.

LAGO, K.; CODO, W. **Fadiga por Compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde**. Patrópolis, RJ: Vozes, 2010. 220 p.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos De Psicologia (natal)**, v.18, n. 2, p. 213-221, 2013.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/?lang=pt&format=pdf>.

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão : quando ajudar dói**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Universidade de Brasília, Brasília.

Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1291>. Acesso em: 12 dez 2022.

LAMEGO, M.; BASSANI, F. Sofrimento Psíquico entre Policiais: um Estudo na Polícia Civil do Rio Grande do Sul. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 22, n. 3, p. 2144-2152., 2022. DOI: 0.5935/rpot/2022.3.22973

LETSON, M. M.; DAVIS, C.; SHERFIELD, J.; BEER, O. W. J. *et al.* Identifying compassion satisfaction, burnout, & traumatic stress in Children's Advocacy Centers. **Child Abuse & Neglect**, v.110, p. 104240. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104240>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014521341930417X>. Acesso em: 2020/12/01/.

LEVIN, A. P.; PUTNEY, H.; CRIMMINS, D.; MCGRATH, J. G. Secondary traumatic stress, burnout, compassion satisfaction, and perceived organizational trauma readiness in forensic science professionals. **J Forensic Sci**, 66, n. 5, p. 1758-1769, 2021.

LIMA, A. I. O.; DIMENSTEIN, M.; FIGUEIRÓ, R.; LEITE, J. *et al.* Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Uso de Álcool e Drogas entre Agentes Penitenciários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 35, 2019.

LIMA, C. D. A.; MESSIAS, R. B.; BRITO, A. B.; FERREIRA, T. B. *et al.* Ideação suicida e fatores associados entre estudantes de ensino médio e superior: uma análise hierarquizada. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 70, 2021.

LIMA, F. P. D.; BLANK, V. L. G.; MENEGON, F. A. Prevalência de transtorno mental e comportamental em policias militares/SC, em licença para tratamento de saúde. **Psicol. ciênc. prof**, 35, n. 3, p. 824-840, 2015.

LIMA, G. P.; PAULA, C. T. D. O papel da perícia criminal na busca da verdade real. **Revista Científica Eletrônica do Curso de Direito**, 6ª, p. 11, jul 2014. Disponível em: http://www.faeff.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/ySbotSUhtiKfl5W_2019-2-28-17-48-6.pdf. Acesso em: 25 out 2022.

LIMA, J.; CAMPÊLO, B.; SILVA, W.; RIBEIRO, M. *et al.* Fatores de risco associados à ideação suicida e ao suicídio entre médicos: uma revisão integrativa de literatura. **Diversitas Journal**, 7, p. 0256-0265, 2022.

LIMA, M. E. A. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos

contextos laborais. **Revista Brasileira De Saúde Ocupacional**, v.35, n. 122, p. 260-268, 2010. DOI: [10.1590/S0303-76572010000200008](https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200008)

LIMA-SILVA, F. L. D.; ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C.; ARAÚJO, A. J. D. S.; PINTO, F. D. M. Quando o trabalho exige lidar com a morte: o caso dos necrotomistas. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 14, n. 0, 2021.

LIN, R.-T.; LIN, Y.-T.; HSIA, Y.-F.; KUO, C.-C. Long working hours and burnout in health care workers: Non-linear dose-response relationship and the effect mediated by sleeping hours—A cross-sectional study. **Journal of Occupational Health**, 63, n. 1, 2021.

LINS, A. P. M.; SICHERI, R.; COUTINHO, W. F.; RAMOS, E. G. *et al.* Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18, n. 2, p. 357-366, 2013.

LIRA, V. M. B. D. **A importância da Perícia Criminal na Segurança Pública do Brasil.** JUS.com.br, 2021. Disponível em: <https://jus.com.br/imprimir/93329/a-importancia-da-pericia-criminal-na-seguranca-publica-do-brasil>. Acesso em: 08 out 2022.

LOSUNG, R. K.; DE PAOLI, T.; KEBBELL, M.; BOND, A. The Role of Empathy in Professional Quality of Life: a Study on Australian Police Officers Working in Sexual Assault and Child Abuse Investigation. **Journal of Police and Criminal Psychology**, 36, n. 3, p. 616-626, 2021.

LUCENA, P. L. C.; COSTA, S. F. G. D.; BATISTA, J. B. V.; ARAÚJO, E. L. M. D. *et al.* Testemunhas de assédio moral, na enfermagem: identificando características desse fenômeno, sentimentos e estratégias de enfrentamento. **REME rev. min. enferm**, 23, p. e-1164, 2019.

MACEDO, A. B. T., ANTONIOLLI, L., DORNELLES, T. M., HANSEL, L. A., TAVARES, J. P., & SOUZA, S. B. C. de. Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, e25, 2020. DOI: [10.5902/2179769235174](https://doi.org/10.5902/2179769235174).

MAHAMID, F.; HAMAMRA, B.; BDIER, D. Traumatic events as predictors of social media addiction and mental distress among Palestinians. **Journal of Gambling Issues**, 2025. DOI: [10.4309/OCUI6137](https://doi.org/10.4309/OCUI6137)

MANUELITO, C. S. L. **Fadiga por compaixão, satisfação no trabalho, stress, ansiedade e depressão em profissionais de cuidados pré-hospitalares/emergência.** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2016. Disponível: <https://research.ulusofona.pt/pt/studentTheses/fadiga-por-compaix%C3%A3o-satisf%C3%A7%C3%A3o-no-trabalho-stress-ansiedade-e-de-5/>. Acesso: 08 out 2022.

MARTÍNEZ-RUBIO, D.; MARTÍNEZ-BROTOS, C.; MONREAL-BARTOLOMÉ, A.; BARCELÓ-SOLER, A. *et al.* Protective role of mindfulness, self-compassion and psychological flexibility on the burnout subtypes among psychology and nursing undergraduate students. **Journal of Advanced Nursing**, 77, n. 8, p. 3398-3411, 2021.

MARÔCO, J.; MARÔCO, A. L.; LEITE, E.; BASTOS, C. *et al.* Burnout em Profissionais da

Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. **Acta Médica Portuguesa**, 29, n. 1, p. 24-30, 2016.

MASLACH, C. Burned-Out. **Human Behavior**, 9, p. 16-22, 1976.

MASLACH, C. Burnout: A multidimensional perspective. *In: Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis, 1993. p. 19-32. (Series in applied psychology: Social issues and questions.).

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of burnout. *In: Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis, 1993. p. 1-16. (Series in applied psychology: Social issues and questions.).

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual review of psychology**, 52, p. 397-422, 2001.

MASSEY, K.; HORVATH, M. A. H.; ESSAFI, S.; MAJEED-ARISS, R. Staff experiences of working in a Sexual Assault Referral Centre: the impacts and emotional tolls of working with traumatised people. **Journal of Forensic Psychiatry and Psychology**, 30, n. 4, p. 686-705, 2019.

MEDEIROS, N.; SANTOS, F.; GOMES, D.; SOUSA, L. *et al.* O papel da autocompaixão na regulação emocional: Revisão de Literatura. **Revista de psicologia da UNESP**, v. 20, n. 2, p. 144-160, 2021. DOI: [10.5935/1984-9044.20210018](https://doi.org/10.5935/1984-9044.20210018).

MELO NETO, J. R. D.; GUERRA, C. H. S.; AQUINO, É. C.; FIGUEIREDO, R. M. *et al.* Psychoactive substances and sexually transmitted infections among military police officers from central- western, brazil. **Biosci. j. (Online)**, 35, n. 3, p. 957-966, 2019.

MEYER, R. M. L.; LI, A.; KLARISTENFELD, J.; GOLD, J. I. Pediatric Novice Nurses: Examining Compassion Fatigue as a Mediator Between Stress Exposure and Compassion Satisfaction, Burnout, and Job Satisfaction. **Journal of Pediatric Nursing**, 30, n. 1, p. 174-183, 2015.

MICHELI, D. D.; FORMIGONI, M. L. O. D. S.; RONZANI, T. M. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos de fácil aplicação. *In: RONZANI, T. M. (Ed.). Uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas*. 3ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. v. 3, cap. 2, p. 70. (Sistema para Detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento - SUPERA).

MIELKE, G. I.; STOPA, S. R.; GOMES, C. S.; SILVA, A. G. D. *et al.* Leisure time physical activity among Brazilian adults: National Health Survey 2013 and 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 24, n. suppl 2, 2021.

MINAYO, M. C. D. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, 10, n. suppl 1, p. S7-S18, 1994.

MINAYO, M. C. D. S.; ASSIS, S. G. D.; OLIVEIRA, R. V. C. D. Impacto das atividades

profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16, n. 4, p. 2199-2209, 2011.

MORSE, J. M.; ANDERSON, G.; BOTTORFF, J. L.; YONGE, O. *et al.* Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? **Image: the Journal of Nursing Scholarship**, 24, n. 4, p. 273-280, 1992. DOI: [10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x).

MOURA, J. C. L. D. Os efeitos da atividade física para a saúde mental de policiais militares femininas do 1º batalhão de polícia militar do Paraná na cidade de Ponta Grossa/PR. v.29, n. 141, 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/os-efeitos-da-atividade-fisica-para-a-saude-mental-de-policiais-militares-femininas-do-1o-batalhao-de-policia-militar-do-parana-na-cidade-de-ponta-grossa-pr/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

MS. **Síndrome de Burnout**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 14 nov. 2022.

NEFF, K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. **Self and Identity**, 2, n. 2, p. 85-101, 2003. DOI: [10.1080/15298860309032](https://doi.org/10.1080/15298860309032).

NETTO, F. D. F.; DE PAULA, V. Q.; MANSANI, F. P.; DE SOUSA, C. B. Análise do uso patológico da internet e sua associação com transtornos mentais comuns na população universitária. **ARACÊ**, 6, n. 2, p. 767-779, 2024. DOI: [10.56238/arev6n2-017](https://doi.org/10.56238/arev6n2-017).

NIEL, M.; JULIÃO, A. M.; MARTIN, D.; SILVEIRA FILHO, D. X. D. Uso de drogas entre anesthesiologistas no contexto das relações de trabalho. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 21, n. 3, p. 194-200, 2008. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.14330/PER01000321526>. Acesso em: 20 nov 2024.

NJIRO, B. J.; NDUMWA, H. P.; MSENKA, C. J.; KAWALA, T. *et al.* Depression, suicidality and associated risk factors among police officers in urban Tanzania: a cross-sectional study. **General Psychiatry**, 34, n. 3, p. e100448, 2021.

NTEVEROS, A.; KYPRIANOU, M.; ARTEMIADIS, A.; CHARALAMPOUS, A. *et al.* Burnout among medical students in Cyprus: A cross-sectional study. **PLOS ONE**, 15, n. 11, p. e0241335, 2020. DOI: [10.1371/journal.pone.0241335](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241335).

NUNES BAPTISTA, M.; PEREIRA SOARES, T. F.; RAAD, A. J.; MILANI SANTOS, L. Burnout, estresse, depressão e suporte laboral em professores universitários. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 19, n. 1, p. 564-570, 2019.

OBERZINER, A. P. B.; NASATO, A. M.; BECK, V. C. B.; PETTERS, G. F. *et al.* Qualidade de vida profissional. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 27, p. e003, 2024.

ODGERS, C. L.; RUSSELL, M. A. Violence exposure is associated with adolescents' same- and next-day mental health symptoms. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 58, n. 12, p. 1310-1318, 2017.

OLIVEIRA, A. V. D.; GARZON, C. N. S.; SIQUEIRA, E. L. D. B.; OLIVEIRA, G. D. N. *et al.* Impactos da qualidade do sono na saúde mental de estudantes de medicina: uma revisão

sistemática. **Revista Neurociências**, 32, p. 1-18, 2024.

OLIVEIRA, B. S., KIONNA; ARAÚJO, T. M. D.; PINHO, P. D. S.; SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n. 3, p. 544-560, xxxx. DOI: 10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/54>. Acesso em: 1970-01-01.

OLIVEIRA, E.; LIMA COUTINHO, P.; LIMA COUTINHO, M.; COSTA FILHO, J. *et al.* Ideação Suicida em Profissionais de Segurança Pública. **Revista Ciências Humanas**, 17, n. 1, 2024.

OLIVEIRA, F. E. S. D.; TREZENA, S.; DIAS, V. O.; MARTELLI JÚNIOR, H. *et al.* Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 32, n. 1, 2023.

OLIVEIRA, G.; ARAÚJO, T.; CARVALHO, F. Características do trabalho e condições de saúde dos delegados de polícia civil. In: FERNANDES, R. C. P., LIMA, M. A. G., ARAÚJO, T. M. **Tópicos em saúde, ambiente e trabalho: um olhar ampliado [online]**. Salvador: EDUFBA, 2014, pp. 53-75. DOI: 10.7476/9786556300122.0005.

OLIVEIRA, G. L.; RIBEIRO, A. P. Violência no trabalho do policial penal: uma questão de hierarquia? **Cadernos de Saúde Pública**, 40, 2024.

OLIVEIRA, J. A. D. N.; GOMES, E. T.; SILVA, J. R. R. D.; ROCHA, N. G. N. *et al.* Estresse, satisfação e motivação da enfermagem do bloco operatório no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, 38, 2025.

OLIVEIRA LIMA, A. I.; DIMENSTEIN, M.; SALES MACEDO, J. P.; CABRAL NUNES, C. Condições de trabalho e sofrimento psíquico de policiais penais no Brasil. In: OLIVEIRA, Hilderline Câmara (Org.). **Estudos Multidisciplinares em Ciências da Saúde**. Campina Grande: Licuri, 2023, p. 1-26. DOI:10.58203/Licuri.20271

ORBACH, I.; MILSTEIN, I.; HAR-EVEN, D.; APTER, A. *et al.* A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents. **Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.3, n.3, p. 398-404,1991. DOI: 10.1037/1040-3590.3.3.398.

ORELLANA, J. D. Y.; MURRAY, J.; LIMA, N. P.; PINHEIRO, R. T. *et al.* Robbery Victimization in Early Adulthood, and Depression and Anxiety at Age 30 Years: Results From the 1982 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. **Frontiers in Public Health**, 10, 2022.

OXBURGH, G.; OST, J.; MORRIS, P.; CHERRYMAN, J. Police officers' perceptions of interviews in cases of sexual offences and murder involving children and adult victims. **Police Practice and Research**, 16, n. 1, p. 36-50, jan 2015. DOI: [10.1080/15614263.2013.849595](https://doi.org/10.1080/15614263.2013.849595).

PADMANABHANUNNI, A.; GQOMFA, N. "The Ugliness of It Seeps into Me": Experiences of Vicarious Trauma among Female Psychologists Treating Survivors of Sexual Assault. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 7, p. 3925, mar 2022. DOI: [10.3390/ijerph19073925](https://doi.org/10.3390/ijerph19073925).

PAPAZOGLU, K.; KOSKELAINEN, M.; STUEWE, N. Examining the Relationship Between Personality Traits, Compassion Satisfaction, and Compassion Fatigue Among Police Officers. **SAGE Open**, v. 9, n. 1, jan 2019. DOI: [10.1177/2158244018825190](https://doi.org/10.1177/2158244018825190).

PATIAS, N. D.; HEINE, J. A.; DELL'AGLIO, D. D. Bem-estar subjetivo, violência e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes. **Avaliação Psicológica**, v. 16, p. 468-477, out.-dez. 2017. DOI: [10.15689/ap.2017.1604.13012](https://doi.org/10.15689/ap.2017.1604.13012).

PAULA, N. R. D. O.; RUIZ, E. M. **O cadáver como objeto de trabalho: percepções de auxiliares de necrópsia sobre o lidar com a morte e suas implicações**. Fortaleza: EdUECE, 2020. 110 p. Disponível em: <http://www.uece.br/eduecewp/wp-content/uploads/sites/88/2013/07/O-cad%C3%A1ver-como-objeto-de-trabalho-percep%C3%A7%C3%B5es-de-auxiliares-de-necr%C3%B3psia-sobre-o-lidar-com-a-morte-e-suas-implica%C3%A7%C3%B5es.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.

PEARLMAN, L. A.; SAAKVITNE, K. W. **Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors**. New York: W. W. Norton, 1995. 451 p.

PEFOCE. **Aesp inicia formação de aprovados no concurso da Pefoce**. Ceará: Governo do Estado do Ceará, [2022]. Disponível: <https://www.aesp.ce.gov.br/2022/01/17/aesp-inicia-formacao-de-aprovados-no-concurso-da-pefoce/>. Acesso em: 16 abr 2025.

PEREIRA, A. T.; BRITO, M. J.; CABAÇOS, C.; CARNEIRO, M. *et al.* The Protective Role of Self-Compassion in the Relationship between Perfectionism and Burnout in Portuguese Medicine and Dentistry Students. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, p. 2740, feb 2022. DOI: [10.3390/ijerph19052740](https://doi.org/10.3390/ijerph19052740).

PEREIRA, J. R.; PAIVA, K. C. M. D.; IRIGARAY, H. A. R. “Trabalho sujo”, significado, sentido e identidade: proposição de análise integrada e perspectivas de pesquisas. **Cadernos EBAP.BR**, v. 19, n. 4, p. 829-841, out-dez 2021. DOI: [10.1590/1679-395120210167](https://doi.org/10.1590/1679-395120210167).

PEREZ, A. D. M. Uso de tabaco, uso de álcool, comportamento sexual e saúde mental em amostra de alunos oficiais da Academia de Polícia Militar do Estado de São Paulo. [134]-[134] p. 2014.

PEREZ, L. M.; JONES, J.; ENGLERT, D. R.; SACHAU, D. Secondary Traumatic Stress and Burnout among Law Enforcement Investigators Exposed to Disturbing Media Images. **Journal of Police and Criminal Psychology**, v. 25, n. 2, p. 113-124, oct 2010. DOI: [10.1007/s11896-010-9066-7](https://doi.org/10.1007/s11896-010-9066-7).

PERRON, B. E.; HILTZ, B. S. Burnout and Secondary Trauma Among Forensic Interviewers of Abused Children. **Child and Adolescent Social Work Journal**, v. 23, n. 2, p. 216-234, jun 2006. DOI: [10.1111/cfs.12777](https://doi.org/10.1111/cfs.12777).

PESTANA, M. C. **Religiões no Brasil - Datafolha 2020**. 2021. Disponível em: <https://public.tableau.com/app/profile/matheus.cavalcanti.pestana/viz/shared/9M7HW2QKX>. Acesso em: 06 fev.

PINHEIRO, W. S.; JUNIOR, V. B. D. S.; MOTA, S. F. A violência e seus efeitos psicológicos: uma análise da saúde mental em contextos de risco. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, v. 14, n. 3, p. e4490, 2025. DOI: [10.55905/rcssv14n3-014](https://doi.org/10.55905/rcssv14n3-014).

PINTO, L. W.; FIGUEIREDO, A. E. B.; SOUZA, E. R. D. Sofrimento psíquico em policiais civis do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 633-644, mar 2013. DOI: [10.1590/S1413-81232013000300009](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300009).

PLASSA, W.; PASCHOALINO, P. A. T.; BERNARDELLI, L. V. Violência contra professores nas escolas brasileiras: determinantes e consequências. **Nova Economia**, v. 31, n. 1, p. 247-271, jan-apr 2021. DOI: [10.1590/0103-6351/5798](https://doi.org/10.1590/0103-6351/5798).

POSSELT, M.; BAKER, A.; DEANS, C.; PROCTER, N. Fostering mental health and well-being among workers who support refugees and asylum seekers in the Australian context. **Health and Social Care in the Community**, v. 28, n. 5, p. 1658-1670, apr 2020. DOI: [10.1111/hsc.12991](https://doi.org/10.1111/hsc.12991).

RAMOS-VIDAL, I.; RUÍZ, É. The role of self-compassion and compassion toward others in burnout syndrome in a sample of medical students. **PsyCh Journal**, v. 13, n. 1, p. 113-123, feb 2024. DOI: [10.1002/pchj.692](https://doi.org/10.1002/pchj.692).

RAUNICK, C. B.; LINDELL, D. F.; MORRIS, D. L.; BACKMAN, T. Vicarious Trauma Among Sexual Assault Nurse Examiners. **J Forensic Nurs**, v. 1, n. 3, p. 123-128, Jul-Sep 2015. DOI: [10.1097/JFN.0000000000000085](https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000085).

RIBEIRO, B.; SILVA, L. A. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; ROBAZZI, M. *et al.* Factors associated with burnout in military police officers in a city in Paraná. **Rev Bras Enferm**, v. 77, n. 4, p. e20230510, sep 2024. DOI: [10.1590/0034-7167-2023-0510](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0510).

RIBEIRO, B. M. D. S. S.; MARTINS, J. T.; MOREIRA, A. A. O.; GALDINO, M. J. Q. *et al.* Associação entre a síndrome de burnout e a violência ocupacional em professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. DOI: [10.37689/acta-ape/2022A001902](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A001902).

RIBEIRO, D. L.; JÚNIOR, R. D. S.; BIROLI, M. L.; SMOLARI, L. A. Fadiga por compaixão e saúde mental de profissionais em ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v.13, p. e12672, out 2021. DOI: [10.3895/rbqv.v13n0.12672](https://doi.org/10.3895/rbqv.v13n0.12672).

RIBEIRO, W. S.; ANDREOLI, S. B.; FERRI, C. P.; PRINCE, M. *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31, n. suppl 2, p. S49-S57, out 2009. DOI: [10.1590/S1516-44462009000600003](https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003).

RIBEIRO, W. S.; MARI, J. D. J.; QUINTANA, M. I.; DEWEY, M. E. *et al.* The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **PloS one**, v. 8, n. 5, p. e63545, may 2013. DOI: [10.1371/journal.pone.0063545](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063545).

ROACH, J.; CARTWRIGHT, A.; SHARRATT, K. Dealing with the Unthinkable: a Study of the Cognitive and Emotional Stress of Adult and Child Homicide Investigations on Police Investigators. **Journal of Police and Criminal Psychology**, v. 32, n. 3, p. 251-262, nov 2016. DOI: [10.1007/s11896-016-9218-5](https://doi.org/10.1007/s11896-016-9218-5).

RODRIGUES, C. V.; SILVA, M. T. D.; TRUZZI, O. M. S. Perícia criminal: uma abordagem de serviços. **Gestão & Produção**, v. 17, n. 4, p. 843-857, dez 2010. DOI: [10.1590/S0104-530X2010000400016](https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000400016).

ROMÁN-CALDERÓN, J. P.; KRIKORIAN, A. A.-O.; RUIZ, E.; ROMERO, A. M. *et al.* Compassion and Self-Compassion: Counterfactors of Burnout in Medical Students and Physicians. **Psychol Rep.**, v. 127, n. 3, p. 1032–1049, jun 2024. DOI: [10.1177/00332941221132995](https://doi.org/10.1177/00332941221132995).

ROSA, T. D.; MEDEIROS; QUEIJA, C.; SILVA, C. *et al.* O sofrimento psíquico nas vítimas de violência contra a mulher e o atendimento especializado. **Revista ft**, v. 27, n. 127, out 2023. DOI: [10.5281/zenodo.10053732](https://doi.org/10.5281/zenodo.10053732).

ROZEIRA, C. H.; SILVA, M.; SOUZA, D.; MARTINS, D. *et al.* Estresse Crônico e Suas Repercussões Sistêmicas: Alterações Neuroquímicas, Impactos Psiquiátricos e Comprometimentos Musculoesqueléticos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 4, p. 803-832, apr 2025. DOI: [10.36557/2674-8169.2025v7n4p803-832](https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n4p803-832).

SALSTON, M.; FIGLEY, C. R. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. **Journal of Traumatic Stress**, v. 16, n. 2, p. 167-174, apr 2003. DOI: [10.1023/A:1022899207206](https://doi.org/10.1023/A:1022899207206).

SAMIOS, C.; ABEL, L. M.; RODZIK, A. K. The protective role of compassion satisfaction for therapists who work with sexual violence survivors: an application of the broaden-and-build theory of positive emotions. **Anxiety, Stress, & Coping**, v. 26, n. 6, p. 610-623, apr 2013. DOI: [10.1080/10615806.2013.784278](https://doi.org/10.1080/10615806.2013.784278).

SAMPAIO, L. R.; CAMINO, C. P. D. S.; ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009. DOI: [10.1590/S1414-98932009000200002](https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200002).

SAMPAIO, L. R.; OLIVEIRA, L. C. D.; PIRES, M. F. D. N. Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. **Ciencias Psicológicas**, v. 14, n. 2, e-2215, 2020. DOI: [10.22235/cp.v14i2.2215](https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215).

SANTOS, J. D.; MEIRA, K. C.; COELHO, J. C.; DANTAS, E. S. O. *et al.* Violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 5955-5966, dec 2021. DOI: [10.1590/1413-812320212612.14942021](https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14942021).

SANTOS, K. O. B.; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M. D. Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016. DOI: [0.1590/S1518-8787.2016050006100](https://doi.org/0.1590/S1518-8787.2016050006100).

SANTOS, R. D. O. B.; HAUER, R. D.; FURTADO, T. M. G. O sofrimento psíquico de policiais militares em decorrência de sua profissão: revisão de literatura. *Revista gestão & saúde*, v. 20, n. 2, p. 14 a 27, 2019. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file5dfa2537646329c3af309b8cb4672fc0.pdf>. Acesso em: 20 nov 2022.

SANTOS, R. M. S. **As associações entre tempo de tela e saúde mental no ciclo vital**. 2023. Tese (Doutorado em Neurociências) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2023. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1843/61379>. Acesso em: 20 out 2024.

SASSO, L.; BAGNASCO, A.; ZANINI, M.; CATANIA, G. *et al.* The general results of the RN4CAST survey in Italy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 9, p. 2028-2030, sep 2017. DOI: [10.1111/jan.13066](https://doi.org/10.1111/jan.13066).

SEKI, T.; HAMAZAKI, K.; NATORI, T.; INADERA, H. Relationship between internet addiction and depression among Japanese university students. **Journal of Affective Disorders**, v. 256, p. 668-672, set 2019. DOI: [10.1016/j.jad.2019.06.055](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.055).

SHI, H.; SHAN, B.; CHEN, Q.; GUO, F. *et al.* Prevalence and predictors of compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout among Chinese hospice nurses: A cross-sectional study. **Applied Nursing Research**, v. 69, p. 151648, feb 2023. DOI: [10.1016/j.apnr.2022.151648](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151648).

SHRIM, E.; BAUM, N. Treating Sex Offenders: Effects on Male and Female Therapists. **J Interpers Violence**, v. 37, n. 3-4, p. NP1733-NP1758, feb 2022. DOI: [10.1177/0886260520933032](https://doi.org/10.1177/0886260520933032).

SIDRA, S. I. D. R. A. **Pesquisa Nacional de Saúde - PNS**. 2024. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns#Viol%C3%Aancia>. Acesso em: 15 fev 2025.

SILLERO-SILLERO, A.; ZABALEGUI, A. Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020. DOI: [10.1590/1518-8345.3239.3256](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3239.3256).

SILVA, A. C. D.; LUCHESE, R.; VARGAS, L. S.; BENÍCIO, P. R. *et al.* Aplicação do instrumento Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016. DOI: [10.1590/1983-1447.2016.01.52918](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.52918).

SILVA, A. O. D.; OLIVEIRA, L. M. F. T. D.; SANTOS, M. A. M. D.; TASSITANO, R. M. Tempo de tela, percepção da qualidade de sono e episódios de parassonia em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 23, n. 5, p. 375-379, sep-oct 2017. DOI: [10.1590/1517-869220172305163582](https://doi.org/10.1590/1517-869220172305163582).

SILVA, D. D. S. D.; TAVARES, N. V. D. S.; ALEXANDRE, A. R. G.; FREITAS, D. A. *et al.* Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, dec 2015. DOI: [10.1590/S0080-623420150000600020](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020).

SILVA DOS SANTOS, W.; ULISSES, S. M.; MALHEIROS DA COSTA, T.; GONÇALVES FARIAS, M. *et al.* A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 3, p. 515-526, nov 2016. DOI: [10.15309/16PSD170316](https://doi.org/10.15309/16PSD170316).

SILVA, E. F. D.; LOPES, H. L.; SILVA, A. P. L. D. O trabalho vivo de profissionais que lidam com a morte. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 18, n. 1, p. 61-76, 2015. DOI: [10.11606/issn.1981-0490.v18n1p61-76](https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v18n1p61-76).

SILVA, J. L. L. D.; MONNERAT, M. S.; ABREU, L. M.; LIMA, A. L. D. O. *et al.* Transtornos mentais comuns e Síndrome de Burnout entre profissionais de colégio universitário. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 18, n. 1, p. 37-46, 2022. DOI: [10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.174476](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.174476).

SILVA, P. S. C. D.; BOING, A. F. Fatores associados à prática de atividade física no lazer: análise dos brasileiros com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5727-5738, nov 2021. DOI: [10.1590/1413-812320212611.32432020](https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.32432020).

SILVA, R. M. D.; PINTO, W.; KOIFMAN, R. J.; MUNIZ, P. T. Prevalência de atividade física de lazer e fatores associados em adultos de 18 a 65 anos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 350-364, 2013. Disponível: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1229/784>. Acesso em: 17 nov 2022.

SILVA, S. S. D.; SILVEIRA, M. A. C. D.; ALMEIDA, H. C. R. D.; NASCIMENTO, M. C. P. D. *et al.* Use of digital screens by adolescents and association on sleep quality: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 10, 2022. DOI: [10.1590/0102-311XEN300721](https://doi.org/10.1590/0102-311XEN300721).

SIMON, G. S.; SALES, K. G. D. S.; GROSSI, P. A. L.; DAMASCENO, M. R. *et al.* Percepção da saúde mental em policiais civis da delegacia regional de Manhuaçu-MG. **Dossiê: One Health II**, v. 21, n. 5, p. 1670-1687, 2023. DOI: [10.21576/pensaracadmico.2023v21i5.4078](https://doi.org/10.21576/pensaracadmico.2023v21i5.4078).

SIMONSE, O.; VAN DIJK, W. W.; VAN DILLEN, L. F.; VAN DIJK, E. The role of financial stress in mental health changes during COVID-19. **Npj Mental Health Research**, v. 1, n. 1, p. 15, oct 2022. DOI: [10.1038/s44184-022-00016-5](https://doi.org/10.1038/s44184-022-00016-5).

SIMÕES, E. C.; CARDOSO, M. R. A. Violência contra professores da rede pública e esgotamento profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1039-1048, mar 2022. DOI: [10.1590/1413-81232022273.28912020](https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.28912020).

SODEKE-GREGSON, E. A.; HOLTTUM, S.; BILLINGS, J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 4, n. 1, p. 21869, dec 2013. DOI: [10.3402/ejpt.v4i0.21869](https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869).

SOLODOV, D. The judicial assessment of expert evidence in Polish criminal procedure. **Revista Brasileira de Direito Processual Penal**, v. 9, n. 1, jan-apr 2023. DOI: [10.22197/rbdpp.v9i1.785](https://doi.org/10.22197/rbdpp.v9i1.785).

SOUSA, C. A. D.; CÉSAR, C. L. G.; BARROS, M. B. D. A.; CARANDINA, L. *et al.* Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 270-282, fev 2013. DOI: [10.1590/S0102-311X2013000200014](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200014).

SOUSA, D. T. D.; LÚCIO, F. G. C.; ROCCO, L. D. A. Múltiplo emprego no Brasil: uma análise da oferta de trabalho usando dados da PNAD. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 23, n. 1, e192313, 2019. DOI: [10.1590/198055272313](https://doi.org/10.1590/198055272313).

SOUSA, K.; OLIVEIRA, L. A.; SIQUEIRA, H.; SANTOS, D. Á. *et al.* Fatores associados ao surgimento de ansiedade/depressão em policiais militares: uma revisão integrativa. *Research Society and Development*, v. 10, n. 10, e201101018702, aug 2021. DOI: [10.33448/rsd-v10i10.18702](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18702).

SOUSA, R. C. D.; BARROSO, S. M.; RIBEIRO, A. C. S. Aspectos de saúde mental investigados em policiais: uma revisão integrativa. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 2, 2022. DOI: [10.1590/S0104-12902022201008pt](https://doi.org/10.1590/S0104-12902022201008pt).

SOUZA, C. G. V. M. D.; BENUTE, G. R. G.; MORETTO, M. L. T.; LEVIN, A. S. S. *et al.* Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 24, n. 63, p. 269-280, 2019a. DOI: [10.22491/1678-4669.20190028](https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190028).

SOUZA, E. R. D.; FRANCO, L. G.; MEIRELES, C. D. C.; FERREIRA, V. T. *et al.* Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 105-114, jan 2007. DOI: [10.1590/S0102-311X2007000100012](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100012).

SOUZA, E. R. D.; MINAYO, M. C. D. S.; SILVA, J. G. E.; PIRES, T. D. O. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1297-1311, jul 2012. DOI: [10.1590/S0102-311X2012000700008](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700008).

SOUZA, E. R. D.; POLTRONIERI, B. C.; BUENO, R. Vítimas indiretas dos homicídios: impactos; apoio recebido e estratégias de superação. **Saúde Soc**, v. 33, n. 1, jan 2024. DOI: [10.1590/S0104-12902024230138pt](https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230138pt).

SOUZA, E. R. D.; SCHENKER, M.; CONSTANTINO, P.; CORREIA, B. S. C. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 667-676, mar 2013. DOI: [10.1590/S1413-81232013000300012](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300012).

SOUZA, S. F. D.; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M. D.; PORTO, L. A. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 710-717, ago 2010. DOI: [10.1590/S0034-89102010000400015](https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400015).

STAMM, B. H. **Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators.** Baltimore, MD, US: The Sidran Press, 1995.

STAMM, B. H. **The Pro-QOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales.** Baltimore: Sidran Press, 2005. Disponível em: <https://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>. Acesso em: 14 nov 2022.

STAMM, B. H. **The concise ProQOL Manual**, 2ª ed.. Pocatello: ProQUOL. 2010. 74p. Disponível em: <https://www.illinoisworknet.com/WIOA/Resources/Documents/The-Concise-ProQOL-Manual.pdf>. Acesso em: 15 nov 2022.

STARCHER, D.; STOLZENBERG, S. N. Burnout and secondary trauma among forensic interviewers. **Child Fam Soc Work**, v.25, n. 4, p. 924-934, nov 2020. DOI: [10.1111/cfs.12777](https://doi.org/10.1111/cfs.12777).

SÉ, A. C. S.; MACHADO, W. C. A.; GONÇALVES, R. C. D. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. D. Violência no trabalho na perspectiva dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 33, 2023. DOI: [10.1590/S0103-7331202333046](https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333046).

TALIH, F.; DAHER, M.; DAOU, D.; AJALTOUNI, J. Examining Burnout, Depression, and Attitudes Regarding Drug Use Among Lebanese Medical Students During the 4 Years of Medical School. **Acad Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 288-296, apr 2018. DOI: [10.1007/s40596-017-0879-x](https://doi.org/10.1007/s40596-017-0879-x).

TAN, S. L.; ZHOU, H.; THIAN, H. J.; DELLA, P. R. Influence of Perceived Job Demands on Professional Quality of Life and Turnover Intentions of Haematology Nurses: A Cross-Sectional Study. **Journal of Nursing Management**, p. 6626516, mar 2024. DOI: [10.1155/2024/6626516](https://doi.org/10.1155/2024/6626516).

TESSITORE, F.; CAFFIERI, A.; PAROLA, A.; COZZOLINO, M. *et al.* The Role of Emotion Regulation as a Potential Mediator between Secondary Traumatic Stress, Burnout, and Compassion Satisfaction in Professionals Working in the Forced Migration Field. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 3, p. 2266, jan 2023. DOI: [10.3390/ijerph20032266](https://doi.org/10.3390/ijerph20032266).

TOMYN, A. J.; POWELL, M. B.; CASSEMATIS, P.; SMALLBONE, S. *et al.* Examination of the subjective well-being of Australian internet child exploitation investigators. **Australian Psychologist**, v. 50, n. 3, p. 203-211, jun 2015. DOI: [10.1111/ap.12119](https://doi.org/10.1111/ap.12119).

TORRES, J.; BARBOSA, H.; PEREIRA, S.; CUNHA, F. *et al.* Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 3, p. 670-681, dez 2019. DOI: [10.15309/19psd200310](https://doi.org/10.15309/19psd200310).

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007. DOI: [10.1590/S0101-60832007000500004](https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004).

UNODC. Conscientização sobre o local de crime e as evidências materiais em especial para pessoal não-forense. New York: United Nations Office on Drugs and Crime, 2010. 25p. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/scientific/Crime_Scene_Awareness_Portuguese_Ebook.pdf. Acesso em: 11 ago 2023.

UVINHA, R. R.; PEDRÃO, C. C.; STOPPA, E. A.; ISAYAMA, H. F. *et al.* Leisure practices in Brazil: a national survey on education, income, and social class. **World Leisure Journal**, v. 59, n. 4, p. 1-12, jun 2017. DOI: [10.1080/16078055.2017.1343747](https://doi.org/10.1080/16078055.2017.1343747).

VAILLANCOURT, E. S.; WASYLKIW, L. The Intermediary Role of Burnout in the Relationship Between Self-Compassion and Job Satisfaction Among Nurses. **Can J Nurs Res**, v. 52, n. 4, p. 246-254, dec 2020. DOI: [10.1177/0844562119846274](https://doi.org/10.1177/0844562119846274).

VALENT, P. Survival Strategies: A Framework for Understanding Secondary Traumatic Stress and Coping in Helpers. *In*: FIGLEY, C. R. (Ed.). **Compassion Fatigue - Coping with Secondary Traumatic Stress Disorders in Those Who Treat the Traumatized**. New York / London: Routledge, 1995. p. 21-50.

VEIGA, H. M. D. S.; GONÇALVES NETO, E. R. Wellbeing at Work: Investigation on the Influence of Quality of Working Life. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol. [online]**, v. 16, n. 1, e19162, 2023. DOI: [10.36298/gerais202316e19162](https://doi.org/10.36298/gerais202316e19162).

VELASCO, J.; SANMARTÍN, F. J.; CUADRADO, F.; MORIANA, J. A. Prevalence of Secondary Trauma, Compassion Fatigue and Burnout Among Trauma Therapists in Spain. **Counselling and Psychotherapy Research**, v. 25, n. 1, p. e12901, feb 2025. DOI: [10.1002/capr.12901](https://doi.org/10.1002/capr.12901).

VIEIRA, S. **Bioestatística - Tópicos Avançados**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

VOGT, M.; MARCOS, C.; CUNHA, P. R. D. Influência do capital psicológico na intenção de rotatividade de auditores independentes. **Contabilidade Vista & Revista**, v. 32, n. 2, p. 122-151, jul 2021. DOI: [10.22561/cvr.v32i2.5990](https://doi.org/10.22561/cvr.v32i2.5990).

VOTH SCHRAG, R. J.; WOOD, L. G.; WACHTER, K.; KULKARNI, S. Compassion Fatigue Among the Intimate Partner Violence and Sexual Assault Workforce: Enhancing Organizational Practice. **Violence Against Women**, 28, n. 1, p. 277-297, jan 2022. DOI: 10.1177/1077801220988351.

WANG, J.; OKOLI, C. T. C.; HE, H.; FENG, F. *et al.* Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. **Int J Nurs Stud**, v. 102, p. 103472, Feb 2020. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103472.

WANG, Y.; WANG, C.; YANG, Z.; TANG, Y. *et al.* Latent profile analysis of empathy ability and its relationship with professional quality of life among hospice nurses in China. **BMC Nursing**, v. 23, n. 1, p. 658, sep 2024. DOI: 10.1186/s12912-024-02299-9.

WILKIE, T.; JONES, R. M.; RAMSHAW, L.; GLANCY, G. *et al.* Contributors to Physician Burnout and Well-Being in Forensic Psychiatrists in Canada. **J Am Acad Psychiatry Law**, v. 52, n. 1, p. 41-50, Mar 2024. DOI: 10.29158/JAAPL.230078-23.

YEŞİL, A.; POLAT, Ş. Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. **BMC Nursing**, v. 22, n. 1, p.12, jan 2023. DOI: 10.1186/s12912-023-01174-3.

YU, H.; JIANG, A.; SHEN, J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. **Int J Nurs Stud**, v.57, p. 28-38, may 2016. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012.

YUE, Z.; QIN, Y.; LI, Y.; WANG, J. *et al.* Empathy and burnout in medical staff: mediating role of job satisfaction and job commitment. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, may 2022. DOI: 10.1186/s12889-022-13405-4.

ZAMORA, J. C.; MARQUES, S. S.; PIERDONÁ, M. T.; DUPONT, M. F. *et al.* Trauma vicário e secundário no trabalho com violência: revisão de escopo. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 22, n. 2, p. 2002-2010, abr-jun 2022. DOI: [10.5935/rpot/2022.2.22049](https://doi.org/10.5935/rpot/2022.2.22049).

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

2. Características pessoais

Queremos saber sobre você.

* 4. Para você, qual a cor da sua pele?

- Preta
 Parda
 Branca
 Amarela
 Indígena
 Outro (especifique)

* 5. Qual a sua idade?

* 6. Qual seu sexo biológico?

- Masculino
 Feminino

* 7. Qual é a sua religião ou crença religiosa?

- Não tenho religião ou crença
 Católica
 Evangélica
 Outro (especifique)

- Espírita
 Umbanda

* 8. Qual é sua situação conjugal atual?

- Solteiro (a) e sem parceiro (a) fixo (a)
 Solteiro (a), com parceiro (a) fixo (a)
 Casado (a) ou em união estável
 Separado (a), desquitado (a), divorciado (a) ou viúvo (a)

* 9. Quantas pessoas, **além de você**, moram na sua casa?

* 10. Qual o seu grau de instrução?

- Ensino fundamental incompleto (até a 7ª série)
 Ensino fundamental completo (terminou a 8ª ou 9ª série)
 Ensino médio incompleto (até 2º ano)
 Ensino médio completo (terminou 3º ano)
 Superior incompleto
 Superior completo
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado

3.

* 11. Qual sua área de formação (graduação)?

- Ciências Exatas
 Ciências Humanas
 Ciências Biológicas
 Ciências da Saúde
 Ciências Agrárias
 Ciências Sociais Aplicadas
 Ciências da Computação

* 12. **Atualmente**, você está estudando?

- Sim
 Não

4.

* 13. Tem pretensão de estudar?

- Sim
 Não

5.

* 14. Que cursos você pretende fazer?

- Cursos internos à instituição
 Cursos externos à instituição
 Cursos internos e externos à instituição

6.

* 15. Que tipo de cursos pretende fazer?

- Curso de nível médio ou técnico
 Curso de graduação
 Curso de línguas estrangeiras
 Curso de pós-graduação
 Preparação para concurso público

* 16. Qual era a sua ocupação antes de trabalhar na PEFOCE?

- Não trabalhava
 Segurança privada
 Serviços administrativos
 Prestação de serviços e comerciais
 Produção de bens e serviços industriais
 Serviços domésticos
 Agropecuária, florestal, de caça e pesca
 Construção civil, reparo e manutenção
 Trabalho informal (ambulante, manobrista, guardadora de carro, etc.)
 Professor de escola municipal ou estadual
 Outro (especifique)

* 17. Considerando suas capacidades, quão bem remunerado você se considera?

- Muito bem
 Bem
 Mais ou menos bem
 Mal

* 18. Qual a sua renda mensal?

- Até 1 salário mínimo
 De 1 a 2 salários mínimos
 De 2 a 3 salários mínimos
 De 3 a 5 salários mínimos
 De 5 a 10 salários mínimos
 De 10 a 15 salários mínimos
 De 15 a 20 salários mínimos
 Mais de 20 salários mínimos

* 19. Hoje você é a principal fonte de renda de sua família?

- Sim
 Não

* 20. Pensando na renda de **todos os membros** da sua família, qual a renda familiar total?

- Até 1 salário mínimo (até R\$937)
 De 1 a 2 salários mínimos (de R\$937 a R\$1874)
 De 2 a 3 salários mínimos (de R\$1874 a R\$2811)
 De 3 a 5 salários mínimos (de R\$2811 a R\$1685)
- De 5 a 10 salários mínimos (de R\$4685 a R\$9370)
 De 10 a 20 salários mínimos (de R\$9370 a 18740)
 Mais de 20 salários mínimos (R\$18740 ou mais)

* 21. Como você avalia sua saúde financeira?

- Excelente
 Boa
 Regular
 Péssima

* 22. Alguma vez você já pensou em SAIR do seu trabalho na PEFUCE?

- Sim
 Não

7.

* 23. Qual motivo o fez pensar em sair do seu trabalho na PEFUCE?

- Tipo de atividade executada
 Salário insatisfatório
 Ambiente de trabalho
 Outro (especifique)

* 24. Onde você acha que poderia trabalhar?

- Segurança privada
 Serviços administrativos
 Prestação de serviços ou comércio
 Produção de bens ou serviços industriais
 Outro (especifique)
- Agropecuária, florestal de caça ou pesca
 Professor escola municipal ou estadual
 Construção civil, reparo e manutenção
 Trabalho informal (ambulante, manobrista, guardadora de carro, etc)

8. Hábitos de vida

Queremos saber um pouco sobre seus hábitos e costumes.

* 25. Em um **dia normal**, quantas refeições compradas prontas ou de micro-ondas você come?

- Nenhuma
 1 refeição
 2 e 3 refeições
 Mais de 4 refeições

* 26. Em um **dia normal**, quantas das suas refeições ou lanches incluem frutas?

- Nenhuma
 1 refeição
 2 e 3 refeições
 Mais de 4 refeições

* 27. Nos **últimos três meses**, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- Sim
 Não

9.

* 28. Qual o tipo de exercício físico ou esporte que você praticou? (Você pode marcar mais de uma opção)

- Caminhada ao ar livre
 Caminhada em esteira
 Corrida ao ar livre
 Corrida em esteira
 Musculação
 Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)
 Hidroginástica ou Natação
 Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
 Crossfit
 Artes marciais e luta (judo, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira)
 Bicicleta (inclui ergométrica)
 Esportes coletivos (Basquetebol, voleibol, futebol, futsal, etc)
 Dança (ballet, dança de salão, zumba, etc)
 Futebol de final de semana
 Outro (especifique)

* 29. Quantos **dias por semana** você costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 Todos os dias (incluindo sábado e domingo)

* 30. No **dia em que você pratica exercício físico ou esporte**, quanto tempo dura esta atividade?

- Menos de 30 minutos
 Entre 30 e 60 minutos
 Mais de 60 minutos

* 31. Quão importante é o exercício físico para você?

- Muito importante
 Mais ou menos importante
 Pouco importante

* 32. No seu **tempo livre**, você costuma usar computador, tablet ou celular para participar das redes sociais, para ver filmes ou se distrair com jogos?

- Sim
 Não

10.

33. Em média, **quantas horas do seu tempo livre** (excluindo o trabalho), este uso do computador, tablet ou celular ocupa do seu dia?

- Menos de 1 hora
 Entre 1 e 3 horas
 Mais de 3 horas

* 34. Com que frequência você assiste programas de TV?

- Não assisto programas de TV
 1 a 2 vezes por semana
 3 a 4 vezes por semana
- 5 a 6 vezes por semana
 Todos os dias (incluindo sábados e domingos)

* 35. Pensando nos **últimos 6 meses**, você foi ao cinema?

- Sim
 Não

* 36. Pensando nos **últimos 6 meses**, você fez/faz alguma atividade para sua saúde mental?

- Pintura
- "Tocar instrumentos ou cantar"
- Terapias integrativas como acupuntura, ventosas, etc.
- Psicoterapia
- Outro (especifique)

* 37. Com que **frequência** você realiza atividades de lazer?

- Diariamente Mensalmente
- Semanalmente Anualmente
- Quinzenalmente
- Outro (especifique)

11. Histórico de doenças

Queremos saber sobre um pouco mais sobre sua saúde

* 38. Como você considera o seu estado de saúde?

- Ótimo ou muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim ou muito ruim

* 39. Como você classificaria a sua saúde bucal (dentes e gengivas)?

- Ótima ou muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim ou muito ruim

* 40. Como você usa os serviços de saúde? (Você pode marcar mais de uma opção de serviços)

- Uso o plano de saúde do Estado (ISSEC)
- Uso plano de saúde particular
- Uso plano de saúde popular
- Uso as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS)

* 41. Há quanto tempo você realizou exames médicos?

- Há 3 meses
- Há 6 meses
- Há 12 meses
- Há mais de um ano

* 42. Você tem colesterol alto?

- Sim
- Não
- Nunca me falaram

12.

43. Quando você descobriu que tem colesterol alto?

- Antes de começar trabalhar na polícia
- Depois de começar trabalhar na polícia

44. Você faz acompanhamento médico para colesterol alto?

- Sim, no ISSEC
- Sim, no posto de saúde
- Sim, particular
- Não

45. Você faz uso de algum remédio para colesterol alto?

- Sim
- Não

* 46. Você tem pressão alta?

- Sim
- Não
- Nunca me falaram

13.

47. Quando você descobriu que tem pressão alta?

- Antes de começar a trabalhar na polícia
- Depois de começar a trabalhar na polícia

48. Você faz acompanhamento médico para pressão alta?

- Sim, no ISSEC
- Sim, no posto de saúde
- Sim, particular
- Não

49. Você faz uso de algum remédio para pressão alta?

- Sim
- Não

* 50. Você tem diabetes (açúcar no sangue)?

- Sim
- Não
- Nunca me falaram

14.

51. Quando você descobriu que tem diabetes?

- Antes de começar a trabalhar na polícia
- Depois de começar a trabalhar na polícia

52. Você faz acompanhamento médico para diabetes?

- Sim, no ISSEC
- Sim, no posto de saúde
- Sim, particular
- Não

53. Qual remédio você utiliza para o tratamento do diabetes?

- Nenhum
- Somente insulina
- Somente remédios orais
- Insulina e remédios orais

* 54. Você já teve derrame ou trombose cerebral?

- Sim
- Não

15.

55. Quando você teve derrame ou trombose cerebral?

- Antes de começar a trabalhar na polícia
 Depois de começar a trabalhar na polícia

56. Há quanto você teve derrame ou trombose cerebral?

- Menos de 1 ano
 1 a 3 anos
 Mais de 3 anos

57. Você faz uso remédio para derrame ou trombose cerebral?

- Sim
 Não

* 58. Você possui alguma doença do coração?

- Sim
 Não
 Nunca me falaram

* 59. Você já teve infarto do coração?

- Sim
 Não

16.

60. Quando você teve infarto do coração?

- Antes de começar a trabalhar na polícia
 Depois de começar a trabalhar na polícia

61. Você realizou alguma cirurgia ou cateterismo para a angina ou infarto do coração?

- Sim
 Não

17. Ansiedade e depressão

Agora, gostaríamos de saber como se sente no seu dia a dia.

* 62. No geral, como você classificaria a sua saúde mental ou emocional?

- Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim

* 63. Você tem dores de cabeça frequentes?

- Sim
 Não

* 64. Você tem falta de apetite?

- Sim
 Não

* 65. Você dorme mal?

- Sim
 Não

* 66. Você se assusta com facilidade?

- Sim
 Não

* 67. Você tem tremores de mão?

- Sim
 Não

* 68. Você tem se sentido nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?

- Sim
 Não

* 69. Você tem má digestão?

- Sim
 Não

* 70. Você tem tido dificuldade para pensar com clareza?

- Sim
 Não

* 71. Você tem se sentido triste ultimamente?

- Sim
 Não

* 72. Você tem chorado mais do que de costume?

- Sim
 Não

* 73. Você tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?

- Sim
 Não

* 74. Você tem dificuldades para tomar decisões?

- Sim
 Não

* 75. Você tem dificuldades no serviço (acho que meu trabalho penoso ou me causa sofrimento)?

- Sim
 Não

* 76. Você tem se achado incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

- Sim
 Não

* 77. Você tem perdido o interesse pelas coisas?

- Sim
 Não

* 78. As vezes, você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?

- Sim
 Não

* 79. Você tem tido ideias de acabar com a vida?

- Sim
 Não

* 80. Você tem se sentido cansado (a) o tempo todo?

- Sim
 Não

* 81. Você tem sensações desagradáveis no estômago?

- Sim
 Não

* 82. Você tem percebido que se cansa com facilidade?

- Sim
 Não

18. Pensamentos sobre a vida

Iremos falar de um tema delicado e gostaríamos de saber a sua opinião. Por favor marque o quanto você concorda com cada uma das frases a seguir.

* 83. Sinto-me feliz a maior parte do tempo.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 84. Temo a morte porque toda minha atividade mental e espiritual vai cessar.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 85. Embora as coisas pareçam difíceis às vezes, acho que vale a pena viver.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 86. Pensar na morte me dá calafrios (me faz tremer).

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 87. Acho que não sou importante para minha família.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 88. Às vezes sinto que minha família vai estar melhor sem mim.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 89. Tenho medo da morte por que todos os meus planos se acabarão.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 90. Gosto de fazer muitas coisas.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 91. O pensamento de que um dia vou morrer me assusta.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 92. Não gosto de passar o tempo com minha família.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 93. Muitos problemas só podem ser resolvidos com a morte.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 94. Acredito que a morte pode trazer um grande alívio ao sofrimento.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 95. Eu sou uma pessoa muito esperançosa.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 96. Em algumas situações é melhor morrer do que continuar vivendo.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 97. A morte pode ser um estado de repouso e calma.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Nem concordo e nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

* 98. Gosto de muitas coisas na vida.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo e nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

* 99. A morte me assusta mais do que qualquer outra coisa.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo e nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

* 100. Ninguém me ama de verdade.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo e nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

* 101. Às vezes sinto que meus problemas não podem ser resolvidos.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo e nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

* 102. A morte pode mudar as coisas para melhor.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo e nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

19. Experiência com Alcool e drogas

Agora vamos falar sobre sua experiência com álcool e outras drogas.

* 103. Na sua vida, qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (Você pode marcar mais de uma opção)

- Derivados do tabaco
- Bebidas alcoólicas
- Maconha
- Cocaína, crack
- Anfetaminas ou éxtase
- Inalantes (ex: cola de sapateiro)
- Hipnóticos/sedativos (ex: diazepam, clonacepan)
- Alucinógenos
- Opióides (ex: heroína, morfina)
- Nunca usei substância psicoativa
- Outro (especifique)

20.

104. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou dessa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
Derivados Do Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas Alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína, Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas Ou Éxtase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inalantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnóticos/Sedativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opióides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

105. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
Derivados Do Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas Alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína, Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas Ou Éxtase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inalantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnóticos/Sedativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opióides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

106. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
Derivados Do Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas Alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína, Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas Ou Éxtase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inalantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnóticos/Sedativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opióides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

107. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
Derivados Do Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas Alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína, Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas Ou Éxtase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inalantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnóticos/Sedativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opióides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

108. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso?

	Não, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
Derivados Do Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas Alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína, Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas Ou Éxtase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inalantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnóticos/Sedativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opióides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

109. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso e não conseguiu?

	Não, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
Derivados Do Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas Alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína, Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas Ou Éxtase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inalantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnóticos/Sedativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opióides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 110. Alguma vez você já usou drogas por injeção?

- Sim, nos últimos 3 meses
- Sim, mas não nos últimos 3 meses
- Não, nunca

21. Condições de trabalho

Queríamos conhecer sobre seu trabalho.

* 111. Qual seu cargo na PEFOCE?

- Perito legista
- Médico perito legista
- Auxiliar de pericia
- Perito criminal
- Perito criminal adjunto

* 112. Há quanto tempo você trabalha na Segurança Pública?

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- mais de 20 anos

* 113. A qual coordenadoria você pertence?

- COORDENADORIA DE MEDICINA LEGAL (COMEL)
- COORDENADORIA DE PERÍCIA CRIMINAL (COPEC)
- COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS (CIH/PR)
- COORDENADORIA DE ANÁLISES LABORATORIAIS FORENSES (CALF)

* 114. A qual núcleo você pertence?

- NÚCLEO DE TRAUMATOLOGIA FORENSE
- NÚCLEO DE ODONTOLOGIA FORENSE
- NÚC. DE PERÍCIAS MÉDICAS e ODONTOLÓGICAS
- NÚCLEO DE TANATOLOGIA FORENSE
- NÚCLEO DE ATENDIMENTO ESPECIAL A MULHER CRIANÇA E ADOLESCENTE
- SETOR DE ANTROPOLOGIA FORENSE
- SETOR DE PSIQUIATRIA FORENSE
- NUAC - NÚCLEO DE ATENDIMENTO AO CUSTODIADO
- NAI - NÚCLEO DE ATENDIMENTO AO INFRATOR
- CASA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
- NÚC. DE PERÍCIA EM TECNOLOGIA E APOIO TÉCNICO
- NÚCLEO DE BALÍSTICA FORENSE
- NÚCLEO DE PERÍCIA EXTERNA
- DHPP
- NÚCLEO DE PERÍCIA CRIMINAL
- NÚCLEO DE PERÍCIA EM ENGENHARIA E MEIO AMBIENTE
- NÚCLEO DE CLASSIFICAÇÃO E PERÍCIAS PAPIOSCÓPICAS
- NÚCLEO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL
- NÚCLEO DE IDENTIFICAÇÃO CRIMINAL
- NÚCLEO EM QUÍMICA FORENSE
- NÚCLEO DE PERÍCIA EM DNA FORENSE
- NÚCLEO DE BIOQUÍMICA E BIOLOGIA FORENSE
- NÚCLEO DE TOXICOLOGIA FORENSE
- NÚCLEO DE PATOLOGIA FORENSE
- NÚCLEO DE ANÁLISES LABORATORIAIS

* 115. Onde está localizada a unidade que você atua?

- FORTALEZA
- JUAZEIRO DO NORTE
- QUINFRANRUMIM
- SOBRAL
- RUSSAS
- ITAPIUCA
- CRATEÚS
- CANINDE
- GLATU
- TAJÁ

* 116. Você trabalha em regime de escala de plantão?

- Sim
- Não (trabalho 8 horas por dia)

* 117. Com que frequência você atende pessoas vítimas de violência ou os familiares?

- Diariamente
- Ocasionalmente
- Raramente

22.

* 118. Você tem outros trabalhos fora da PEOFOE?

- Sim
- Não

23.

119. Em qual atividade você trabalha fora da PEOFOE?

- Educação
- Saúde
- Empresa particular
- Tenho meu próprio negócio
- Outro (especifique)

* 120. Quais destes equipamentos de proteção você utiliza durante seu trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção)

- Cabelo balanceado
- Arma
- Luvas
- Máscara ou respirador
- Óculos de proteção/protetor facial
- Avental descartável
- Touca descartável
- Sapato impermeável
- Não uso nenhum dos acima
- Outro (especifique)

* 121. Você possui arma?

- Sim, particular
- Sim, da corporação
- Sim, tanto da corporação quanto particular
- Não possui arma

24.

* 122. Pensando nos últimos 12 meses, você se envolveu em acidente no seu trabalho?

- Não
- Sim, durante a execução de procedimentos no trabalho
- Sim, durante o deslocamento no trabalho, ou seja, durante o uso de veículo da corporação em serviço
- Sim, durante o deslocamento indo ou voltando do trabalho, ou seja, durante o uso de veículo pessoal
- Sim, durante o manuseio de equipamentos no trabalho
- Sim, contaminação com material biológico (sangue ou fluidos corporais em mucosa ou em acidente perfurocortante)
- Outro (especifique)

25.

123. Quando você se envolveu em acidente no trabalho, qual foi o seu maior receio?

- Morrer
- Ficar com invalidez
- Ficar doente
- Contaminar familiar
- Outro (especifique)

124. Você sofreu alguma lesão/ferimento?

- Sim
- Não

125. Você ficou com alguma seqüela?

- Sim
- Não

* 126. Pensando nos últimos 12 meses, você se envolveu em algum confronto armado (troca de tiros) ou esteve em risco de ser lesionado por arma de fogo durante o serviço ou já presenciou troca de tiros ou disparo de tiros quando estava em serviço?

- Sim
- Não

26.

127. Quantos confrontos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Mais de 4

128. Quando você se envolveu no confronto armado (troca de tiros) qual foi o seu maior receio?

- Cometer um erro
- Ser baleado
- Ter seu colega baleado
- Morrer
- Outro (especifique)

* 129. Pensando nos últimos 12 meses, você encontrou/localizou/atendeu a chamado ou ocorrência com achado de cadáver?

- Sim
- Não

27.

130. Quantas ocorrências?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Ocasionalmente
- Raramente

131. O quanto cada tipo de corpo/cadáver lhe afeta emocionalmente? (você pode marcar mais de uma opção)

	Não afeta	Afeta pouco	Afeta moderadamente	Afeta muito
Sinais de morte recente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinais de decomposição ou putrefação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinais de mutilação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partes corporais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esqueletizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Múltiplas vítimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esquartejamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adulto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro (especifique)

* 132. Pensando nos últimos 12 meses, você encontrou/localizou/atendeu a chamado ou ocorrência para policial em óbito?

- Sim
- Não

28.

133. Se sim, em quantos chamados?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Mais de 4

* 134. Alguma vez, você tirou Licença para Tratamento de Saúde (LTS) durante seu trabalho na PEFOCE?

- Sim
- Não

29.

135. Quantas vezes você já tirou Licença para Tratamento de Saúde (LTS) durante seu trabalho na PEFOCE?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais

136. Há quanto tempo você tirou a última Licença para Tratamento de Saúde (LTS)?

- Menos de 1 mês
- 1 a 3 meses
- 3 a 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- Mais de 1 ano

137. Por qual motivo foi sua última Licença para Tratamento de Saúde (LTS)?

- Transtornos Mentais e Comportamentais
- Doenças do Sistema Nervoso
- Doenças do Aparelho Circulatório
- Doença Reumatológica ou musculoesquelética (traumatologia, ortopedia, fisioterapia, etc.)
- Doenças Infecciosas e Parasitárias
- Neoplasias
- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Doenças do Aparelho Digestivo
- Alterações odontológicas
- Envenenamento
- Acidentes automobilísticos ou motociclísticos
- Lesão por arma de fogo
- Acompanhamento de familiar
- Outro (especifique)

138. Pensando somente na sua última Licença para Tratamento de Saúde (LTS), quanto tempo você ficou afastado?

- Menos de 1 mês
- 1 a 3 meses
- 3 a 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- Mais de 1 ano

30. Fadiga

Trabalhar na Perícia Forense lhe põe em contato direto com a vida das pessoas. Como provavelmente você já sentiu, sua compaixão pelas pessoas que você atende tem aspectos positivos e negativos. Gostariamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias.

139. Sinto-me feliz

- Raramente
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

140. Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

141. Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

142. Sinto-me ligado aos outros

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

143. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

144. Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

145. Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

146. Perco o sono por causa das experiências traumáticas das pessoas que atendo

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

147. Creio que posso ter sido "infectado" pelo estresse traumático daqueles que atendo

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

148. Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

149. Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

150. Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

151. Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

152. Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

153. Tenho crenças que me sustentam

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

154. Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

155. Sou a pessoa que sempre desejei ser

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

156. Sinto-me satisfeito com meu trabalho

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

157. Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

158. Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

159. Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pessoas que preciso atender

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

160. Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

161. Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências vividas pelas pessoas que ajudo

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

162. Estou orgulhoso(a) do que eu posso fazer para ajudar as pessoas

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

163. Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

164. Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

165. Ocorre-me que sou bem sucedido(a) em meu trabalho

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

166. Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de trauma

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

167. Sou uma pessoa muito sensível

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

168. Estou feliz por ter escolhido este trabalho

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

169. Em um dia comum de trabalho, me sinto estressado(a)

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

170. Considero meu trabalho de risco

- Raramente
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

171. Considero as relações interpessoais no meu trabalho como saudáveis

- Raramente
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

31. Experiência com violência

Gostaríamos de saber de alguma experiência com violência que você possa ter vivido, presenciado ou ter tido conhecimento desde que você começou a trabalhar como policial.

* 172. Desde que começou a trabalhar como policial você teve ou soube de algum colega que **teve o dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais retirados sem a permissão**? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, soube de algum colega vítima.
- Sim, aconteceu comigo.
- Não, nunca soube de algum colega vítima
- Não, nunca aconteceu comigo

32.

173. Com qual frequência fizeram isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho?

- É difícil acontecer
- Pelo menos 1 vez no mês
- Quase toda semana
- Quase todo dia

174. Quem ou quais pessoas foram suspeitas de fazer isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção).

- Suspeito/Custodiado/Preso
- Familiares de vítimas
- Outros agentes de segurança pública
- Policiais com mesmo grau hierárquico
- Policiais com grau hierárquico inferior
- Pessoas da comunidade
- Outro (especifique)

* 175. Desde que começou a trabalhar como policial você sofreu ou soube de algum colega que sofreu **violência moral**, ou seja, **sofreu calúnia** (foi acusado injustamente de ter cometido algum delito) **ou difamação** (acusado de atitudes que consideram vergonhosas)? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, soube de algum colega vítima
- Sim, aconteceu comigo.
- Não, nunca soube de algum colega vítima
- Não, nunca aconteceu comigo

33.

176. Quem ou quais pessoas foram suspeitas de fazer isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção).

- Suspeito/Custodiado/Preso
- Familiares de vítimas
- Outros agentes de segurança pública
- Policiais com mesmo grau hierárquico
- Policiais com grau hierárquico inferior
- Pessoas da comunidade
- Outro (especifique)

177. Com qual frequência fizeram isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho?

- É difícil acontecer
- Pelo menos 1 vez por mês
- Quase toda semana
- Quase todo dia

* 178. Desde que começou a trabalhar como policial você sofreu ou soube de algum colega que sofreu **violência psicológica**, ou seja, **foi ameaçado, humilhado, chantageado, perseguido ou ridicularizado**? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, soube de algum colega vítima.
- Sim, aconteceu comigo.
- Não, nunca aconteceu comigo
- Não, nunca soube de algum colega vítima

34.

179. Quem ou quais pessoas foram suspeitas de fazer isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção).

- Suspeito/Custodiado/Preso
- Familiares de vítimas
- Outros agentes de segurança pública
- Policiais com mesmo grau hierárquico
- Policiais com grau hierárquico inferior
- Pessoas da comunidade
- Outro (especifique)

180. Com qual frequência fizeram isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho?

- É difícil acontecer
- Pelo menos 1 vez no mês
- Quase toda semana
- Quase todo dia

* 181. Desde que começou a trabalhar como policial você levou ou soube de algum colega que levou um **tapa no rosto, empurrões, beliscões ou puxões de cabelos de propósito**? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, soube de algum colega vítima
- Sim, aconteceu comigo
- Não, nunca soube de algum colega vítima
- Não, nunca aconteceu comigo

35.

182. Quem ou quais pessoas foram suspeitas de fazer isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção).

- Suspeito/Custodiado/Preso
- Familiares de vítimas
- Outros agentes de segurança pública
- Policiais com mesmo grau hierárquico
- Policiais com grau hierárquico inferior
- Pessoas da comunidade
- Outro (especifique)

183. Com qual frequência fizeram isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho?

- É difícil acontecer
- Pelo menos 1 vez no mês
- Quase toda semana
- Quase todo dia

* 184. Desde que começou a trabalhar como policial você foi ou soube de algum colega que foi **esbofetado, espancado, queimado ou sofreu tentativa de enforcamento**? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, soube de algum colega vítima
- Sim, aconteceu comigo
- Não, nunca soube de algum colega vítima
- Não, nunca aconteceu comigo

36.

185. Quem ou quais pessoas foram suspeitas de fazer isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção).

- Suspeito/Custodiado/Preso
- Familiares de vítimas
- Outros agentes de segurança pública
- Policiais com mesmo grau hierárquico
- Policiais com grau hierárquico inferior
- Pessoas da comunidade
- Outro (especifique)

186. Com qual frequência fizeram isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho?

- É difícil acontecer
- Pelo menos 1 vez no mês
- Quase toda semana
- Quase todo dia

* 187. Desde que começou a trabalhar como policial você foi ou soube de algum colega que foi **ferido com faca, outro objeto perfuro-cortante (estilete, caco de vidro, etc.), ou outros objetos que causaram ferimento (casca de pilha, caneta, etc.)** de propósito? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, soube de algum colega vítima
- Sim, aconteceu comigo
- Não, nunca soube de algum colega vítima
- Não, nunca aconteceu comigo

37.

188. Com qual tipo de arma branca que você e/ou seu colega foram feridos? (Você pode marcar mais de uma opção)

- Faca
- Objeto cortante
- Outro (especifique)

189. Quem ou quais pessoas foram suspeitas de fazer isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção).

- Suspeito/Custodiado/Preso
- Familiares de vítimas
- Outros agentes de segurança pública
- Policiais com mesmo grau hierárquico
- Policiais com grau hierárquico inferior
- Pessoas da comunidade
- Outro (especifique)

190. Com qual frequência fizeram isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho?

- É difícil acontecer
- Pelo menos 1 vez no mês
- Quase toda semana
- Quase todo dia

* 191. Desde que começou a trabalhar como policial você foi ou soube de algum colega que foi **ferido com alguma arma de fogo**? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, soube de algum colega vítima
- Sim, aconteceu comigo
- Não, nunca soube de algum colega vítima
- Não, nunca aconteceu comigo

38.

192. Com qual tipo de arma de fogo que você e/ou seu colega foram feridos? (Você pode marcar mais de uma opção)

- Revólver
- Pistola
- Arma longa
- Outro (especifique)

193. Quem ou quais pessoas foram suspeitas de fazer isso com esse colega ou com você no exercício de seu trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção).

- Suspeito/Custodiado/Preso
- Familiares de vítimas
- Outros agentes de segurança pública
- Policiais com mesmo grau hierárquico
- Policiais com grau hierárquico inferior
- Pessoas da comunidade
- Outro (especifique)

194. Com qual frequência fizeram isso com esse colega ou com você em exercício de seu trabalho?

- É difícil acontecer
- Pelo menos 1 vez no mês
- Quase toda semana
- Quase todo dia

* 195. Pensando na **violência mais grave sofrida** no exercício de seu trabalho como policial, você recebeu ou soube de algum colega que **recebeu de atendimento de saúde**? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, soube de alguém que recebeu atendimento de saúde
- Sim, recebi atendimento de saúde
- Não, o colega não recebeu atendimento de saúde
- Não, eu não recebi atendimento de saúde

39.

196. Pensando na **violência mais grave sofrida**, quem foi a **primeira pessoa a atender/socorrer** esse colega ou você?

- Colegas da própria equipe de trabalho
- SAMU
- Outros agentes da segurança pública
- Pessoas que estavam no local
- Outro (especifique)

197. Pensando nas situações de violência que aconteceram **durante o trabalho como policial**, você ou esse colega ficaram com alguma **sequela física (problemas no corpo)**? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, eu fiquei com sequelas físicas
- Sim, o colega ficou com sequelas físicas
- Não, o colega não ficou com sequelas físicas
- Não, eu não fiquei com sequelas físicas

198. Pensando nas situações de violência que aconteceram **durante o trabalho como policial**, você ou esse colega ficaram com alguma **sequela psicológica (problemas emocionais, pânico, depressão)**? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário).

- Sim, eu fiquei com sequelas psicológicas
- Sim, o colega ficou com sequelas psicológicas
- Não, o colega não ficou com sequelas psicológicas
- Não, eu não fiquei com sequelas psicológicas

* 199. Você ou algum colega já tiveram **mudança de sua função por conta de alguma violência sofrida** durante o trabalho? (Você pode marcar mais de uma opção)

- Sim, aconteceu comigo
- Sim, aconteceu com um colega
- Não, nunca aconteceu comigo
- Não, nunca aconteceu com um colega

APÊNDICE B – PERGUNTAS RELATIVAS AO INSTRUMENTO PROQOL IV

Nº	Questão
139	<i>“Sinto-me feliz.”</i>
140	<i>“Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.”</i>
141	<i>“Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas.”</i>
142	<i>“Sinto-me ligado aos outros.”</i>
143	<i>“Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.”</i>
144	<i>“Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.”</i>
145	<i>“Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.”</i>
146	<i>“Perco o sono por causa das experiências traumáticas das pessoas que atendo.”</i>
147	<i>“Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo.”</i>
148	<i>“Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.”</i>
149	<i>“Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.”</i>
150	<i>“Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.”</i>
151	<i>“Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.”</i>
152	<i>“Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.”</i>
153	<i>“Tenho crenças que me sustentam.”</i>
154	<i>“Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.”</i>
155	<i>“Sou a pessoa que sempre desejei ser.”</i>
156	<i>“Sinto-me satisfeito com meu trabalho.”</i>
157	<i>“Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.”</i>
158	<i>“Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.”</i>
159	<i>“Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pessoas que preciso atender.”</i>
160	<i>“Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.”</i>
161	<i>“Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências vividas pelas pessoas que ajudo.”</i>
162	<i>“Estou orgulhoso(a) do que eu posso fazer para ajudar as pessoas.”</i>
163	<i>“Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.”</i>
164	<i>“Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.”</i>
165	<i>“Ocorre-me que sou bem sucedido(a) em meu trabalho.”</i>
166	<i>“Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de trauma.”</i>
167	<i>“Sou uma pessoa muito sensível.”</i>
168	<i>“Estou feliz por ter escolhido este trabalho.”</i>

APÊNDICE C – PERGUNTAS RELATIVAS AO INSTRUMENTO SRQ-20

Nº	Questão
63	<i>“Você tem dores de cabeça frequentes?”</i>
64	<i>“Você tem falta de apetite?”</i>
65	<i>“Você dorme mal?”</i>
66	<i>“Você se assusta com facilidade?”</i>
67	<i>“Você tem tremores de mão?”</i>
68	<i>“Você tem se sentido nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?”</i>
69	<i>“Você tem má digestão?”</i>
70	<i>“Você tem tido dificuldade para pensar com clareza?”</i>
71	<i>“Você tem se sentido triste ultimamente?”</i>
72	<i>“Você tem chorado mais do que de costume?”</i>
73	<i>“Você tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?”</i>
74	<i>“Você tem dificuldades para tomar decisões?”</i>
75	<i>“Você tem dificuldades no serviço (acho que meu trabalho penoso ou me causa sofrimento)?”</i>
76	<i>“Você tem se achado incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?”</i>
77	<i>“Você tem perdido o interesse pelas coisas?”</i>
78	<i>“Às vezes, você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?”</i>
79	<i>“Você tem tido ideias de acabar com a vida?”</i>
80	<i>“Você tem se sentido cansado (a) o tempo todo?”</i>
81	<i>“Você tem sensações desagradáveis no estômago?”</i>
82	<i>“Você tem percebido que se cansa com facilidade?”</i>

APÊNDICE D – PERGUNTAS RELATIVAS AO INSTRUMENTO EMTAS

Nº	Questão
83	<i>“Sinto-me feliz a maior parte do tempo.”</i>
84	<i>“Temo a morte porque toda minha atividade mental e espiritual vai cessar.”</i>
85	<i>“Embora as coisas pareçam difíceis às vezes, acho que vale a pena viver.”</i>
86	<i>“Pensar na morte me dá calafrios (me faz tremer).”</i>
87	<i>“Acho que não sou importante para minha família.”</i>
88	<i>“Às vezes sinto que minha família vai estar melhor sem mim.”</i>
89	<i>“Tenho medo da morte por que todos os meus planos se acabarão.”</i>
90	<i>“Gosto de fazer muitas coisas.”</i>
91	<i>“O pensamento de que um dia vou morrer me assusta.”</i>
92	<i>“Não gosto de passar o tempo com minha família.”</i>
93	<i>“Muitos problemas só podem ser resolvidos com a morte.”</i>
94	<i>“Acredito que a morte pode trazer um grande alívio ao sofrimento.”</i>
95	<i>“Eu sou uma pessoa muito esperançosa.”</i>
96	<i>“Em algumas situações é melhor morrer do que continuar vivendo.”</i>
97	<i>“A morte pode ser um estado de repouso e calma.”</i>
98	<i>“Gosto de muitas coisas na vida.”</i>
99	<i>“A morte me assusta mais do que qualquer outra coisa.”</i>
100	<i>“Ninguém me ama de verdade.”</i>
101	<i>“Às vezes sinto que meus problemas não podem ser resolvidos.”</i>
102	<i>“A morte pode mudar as coisas para melhor.”</i>

APÊNDICE E – PERGUNTAS RELATIVAS AO INSTRUMENTO ASSIST

Nº	Questão
103	<i>“Na sua vida, qual(is) dessa(s) substâncias você já usou?”</i>
104	<i>“Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou dessa(s) substância(s) que mencionou?”</i>
105	<i>“Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?”</i>
106	<i>“Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?”</i>
107	<i>“Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?”</i>
108	<i>“Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso?”</i>
109	<i>“Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso e não conseguiu?”</i>
110	<i>“Alguma vez você já usou drogas por injeção?”</i>

APÊNDICE F – PERGUNTAS RELATIVAS ÀS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS

Nº	Questão
04	“Para você, qual a cor da sua pele?”
05	“Qual a sua idade?”
06	“Qual seu sexo biológico?”
07	“Qual é a sua religião ou crença religiosa?”
08	“Qual é sua situação conjugal atual?”
09	“Quantas pessoas, além de você , moram na sua casa?”
10	“Qual o seu grau de instrução?”
11	“Qual sua área de formação (graduação)?”
18	“Qual a sua renda mensal?”
19	“Hoje você é a principal fonte de renda de sua família?”
20	“Pensando na renda de todos os membros da sua família, qual a renda familiar total?”

APÊNDICE G – PERGUNTAS RELATIVAS ÀS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

Nº	Questão
111	<i>“Qual seu cargo na PEFOCE?”</i>
112	<i>“Há quanto tempo você trabalha na Segurança Pública?”</i>
113	<i>“A qual coordenadoria você pertence?”</i>
114	<i>“A qual núcleo você pertence?”</i>
115	<i>“Onde está localizada a unidade que você atua?”</i>
116	<i>“Você trabalha em regime de escala de plantão?”</i>
118	<i>“Você tem outros trabalhos fora da PEFOCE?”</i>
119	<i>“Em qual atividade você trabalha fora da PEFOCE?”</i>
22	<i>“Alguma vez você já pensou em SAIR do seu trabalho na PEFOCE?”</i>

APÊNDICE H – PERGUNTAS RELATIVAS AOS HÁBITOS DE VIDA

Nº	Questão
25	<i>“Em um dia normal, quantas refeições compradas prontas ou de micro-ondas você come?”</i>
26	<i>“Em um dia normal, quantas das suas refeições ou lanches incluem frutas?”</i>
27	<i>“Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”</i>
28	<i>“Qual o tipo de exercício físico ou esporte que você praticou?”</i>
29	<i>“Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?”</i>
30	<i>“No dia em que você pratica exercício físico ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”</i>
32	<i>“No seu tempo livre, você costuma usar computador, tablet ou celular para participar das redes sociais, para ver filmes ou se distrair com jogos?”</i>
33	<i>“Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), este uso do computador, tablet ou celular ocupa do seu dia?”</i>
35	<i>“Pensando nos últimos 6 meses, você foi ao cinema?”</i>
36	<i>“Pensando nos últimos 6 meses, você fez/faz alguma atividade para sua saúde mental?”</i>
37	<i>“Com que frequência você realiza atividades de lazer?”</i>

APÊNDICE I – PERGUNTAS RELATIVAS À EXPOSIÇÃO DIRETA À VIOLÊNCIA

Nº	Questão
172	<i>“Desde que começou a trabalhar como policial você teve ou soube de algum colega que teve o dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais retirados sem a permissão?”</i>
175	<i>“Desde que começou a trabalhar como policial você sofreu ou soube de algum colega que sofreu violência moral, ou seja, sofreu calúnia (foi acusado injustamente de ter cometido algum delito) ou difamação (acusado de atitudes que consideram vergonhosas)?”</i>
178	<i>“Desde que começou a trabalhar como policial você sofreu ou soube de algum colega que sofreu violência psicológica, ou seja, foi ameaçado, humilhado, chantageado, perseguido ou ridicularizado?”</i>
181	<i>“Desde que começou a trabalhar como policial você levou ou soube de algum colega que levou um tapa no rosto, empurrões, beliscões ou puxões de cabelos de propósito?”</i>
184	<i>“Desde que começou a trabalhar como policial você foi ou soube de algum colega que foi esbofeteado, espancado, queimado ou sofreu tentativa de enforcamento?”</i>
187	<i>“Desde que começou a trabalhar como policial você foi ou soube de algum colega que foi ferido com faca, outro objeto perfurocortante (estilete, caco de vidro, etc.), ou outros objetos que causaram ferimento (casca de pilha, caneta, etc.) de propósito?”</i>
191	<i>“Desde que começou a trabalhar como policial você foi ou soube de algum colega que foi ferido com alguma arma de fogo?”</i>
117	<i>“Com que frequência você atende pessoas vítimas de violência ou os familiares?”</i>
126	<i>“Pensando nos últimos 12 meses, você se envolveu em algum confronto armado (troca de tiros) ou esteve em risco de ser lesionado por arma de fogo durante o serviço ou já presenciou troca de tiros ou disparo de tiros quando estava em serviço?”</i>
129	<i>“Pensando nos últimos 12 meses, você encontrou/localizou/atendeu a chamado ou ocorrência com achado de cadáver?”</i>
132	<i>“Pensando nos últimos 12 meses, você encontrou/localizou/atendeu a chamado ou ocorrência para policial em óbito?”</i>

APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PEFOCE - Violência vivida, condições de saúde e adoecimento entre Policiais Civis do Estado do Ceará.

1. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo cujo objetivo será avaliar a violência vivida, as condições de saúde e adoecimento entre policiais civis na PEFUCE.

Leia atentamente as informações abaixo e faça a pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Da pesquisa a se realizar, pode-se esperar alguns benefícios, tais como: o conhecimento para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias para ações de prevenção e de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e das condições de trabalho dos policiais.

Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa. Sua privacidade será respeitada. Seu nome, ou qualquer outro dado que possa identificá-lo, será mantido em sigilo.

Você poderá recusar-se a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Caso deseje retirar-se, não sofrerá qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda pesquisa e após ela, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ - Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Raimunda Hermelinda Maia Macena

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: R. Alexandre Baraúna, 949. Rodolfo Teófilo- Fortaleza/CE.

Telefones para contato: (85) 8649.9038; (85) 3366-8632

* 1. Tendo sido orientado quanto ao TCLE e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, **manifesto meu livre consentimento em participar**, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou pagar, por minha participação.

Sim

Não

* 2. **Declaro que participo da pesquisa de livre e espontânea vontade**

Sim

Não

* 3. **Código de identificação**

Inserir o seu código de identificação

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência vivida, condições de saúde e adoecimento entre policiais civis e militares do estado do Ceará

Pesquisador: Raimunda Hermelinda Maia Macena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71694717.7.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.284.725

Apresentação do Projeto:

Trata-se da submissão da segunda versão do projeto "Violência vivida, condições de saúde e adoecimento entre policiais civis e militares do estado do Ceará"

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a violência vivida, as condições de saúde e adoecimento entre policiais civis e militares do estado do Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa estão relacionados ao constrangimento dos voluntários por envolver o questionamento das sensações produzidas, bem como a não adaptação dos mesmos aos equipamentos de informática. Porém esses riscos serão minimizados, através da retirada imediata do voluntário do estudo em qualquer um dos casos citados, assim como a reparação por qualquer dano confirmado pela pesquisa desde que haja evidência comprovada ou nexos causal com a pesquisa.

Os participantes responderão as perguntas e quando tiverem dúvidas, ou quando houver algum constrangimento, podem perguntar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60 430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (05)3366-0344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer. 2.284.725

pesquisa, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício diretamente com o pesquisador. Não haverá nenhuma compensação financeira aos voluntários por participarem do estudo. Caso no momento da aplicação da pesquisa haja alguma intercorrência, será oferecida pelos pesquisadores toda forma de assistência, seja ela médica e financeira, através da moeda corrente equivalente ao tempo gasto com a realização da pesquisa até aquele momento, desde que haja nexos causal com a pesquisa.

Benefícios:

Os resultados devem apresentar o perfil de saúde, adoecimento e violência entre policiais civis e militares, podendo subsidiar a elaboração de

políticas públicas direcionadas aos profissionais da polícia. Assim, os benefícios esperados da pesquisa incluem alguns dos seguintes aspectos:

- Identificação das necessidades de saúde da população estudada;
- Descrição dos fatores associados ao adoecimento na população estudada;
- Formulação e implantação de políticas específicas ao segmento profissional;
- Aplicação por gestores para subsidiar o delineamento de ações de prevenção e ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e as condições de trabalho deste segmento profissional tao importante para a sociedade;
- Contribuição ao conhecimento científico e técnico existente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Entende-se que as sugestões que haviam sido feitas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Entende-se que as sugestões que haviam sido feitas no parecer anterior foram atendidas.

Recomendações:

Sem novas recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (05)3366-0344	E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.204.725

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_934872.pdf	30/08/2017 20:36:36		Aceito
Outros	QUESTIONARIO_.pdf	30/08/2017 20:36:09	KELVIA MARIA OLIVEIRA BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_.pdf	30/08/2017 20:34:37	KELVIA MARIA OLIVEIRA BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	30/08/2017 20:34:03	KELVIA MARIA OLIVEIRA BORGES	Aceito
Outros	anuenciaSSPDS.pdf	24/07/2017 11:30:24	KELVIA MARIA OLIVEIRA BORGES	Aceito
Outros	apreciacao.pdf	18/07/2017 15:28:11	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito
Outros	anuenciaufc.pdf	18/07/2017 15:25:34	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	18/07/2017 15:21:48	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito
Outros	lattes_Linda.pdf	18/07/2017 15:21:00	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito
Outros	anuencia_pesquisadores.pdf	18/07/2017 15:19:20	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	18/07/2017 15:16:58	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	18/07/2017 15:16:46	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/07/2017 15:15:17	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/07/2017 15:10:52	Raimunda Hermelinda Maia Macena	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (05)3366-0344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.204.725

FORTALEZA, 19 de Setembro de 2017

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (05)3366-0344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B – ANUÊNCIA DA PEFOCE



Gabinete do Perito Geral	
Declaração: DEC 2022 00 000 0001	Para: Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará
Assunto: Termo de Anuência com a Pesquisa	Página: 1/1

11 de Agosto de 2022

TERMO DE ANUÊNCIA COM A PESQUISA

Declaro, para os devidos fins, que este órgão vinculado à Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado Violência, condições de saúde e adoecimento de policiais civis e militares no Ceará, sob responsabilidade do pesquisador PhD Raimunda Hermelinda Maia Macena – PROFESSORA ASSOCIADO II – FAMED/UFC, CPF nº 414.490.703-10.

Fortaleza, 22 de AGOSTO de 2022


Sr(a). Júlio César Nogueira Torres
 Perito Geral/Gabinete do Perito Geral - Matrícula: 168058-1-5
 Perito Geral - PEFUCE
 Matr. 168.058-1-5