



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CHIARA LUBICH MEDEIROS DE FIGUEIREDO**

**ANÁLISE COMPARATIVA DA MORTALIDADE ENTRE OS POLICIAIS  
MILITARES E A POPULAÇÃO GERAL RESIDENTES NO CEARÁ ENTRE 2011 E  
2021**

**FORTALEZA**  
**2024**

CHIARA LUBICH MEDEIROS DE FIGUEIREDO

ANÁLISE COMPARATIVA DA MORTALIDADE ENTRE OS POLICIAIS MILITARES E  
A POPULAÇÃO GERAL RESIDENTES NO CEARÁ ENTRE 2011 E 2021

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Caroline Mary Gurgel Dias Florêncio.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

F489a Figueiredo, Chiara Lubich Medeiros de.

Análise comparativa da mortalidade entre os policiais militares e a população geral residentes no Ceará entre 2011 e 2021 / Chiara Lubich Medeiros de Figueiredo. – 2024.  
105 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.

Orientação: Profa. Dra. Caroline Mary Gurgel Dias Florêncio .

1. Polícia. 2. Militares. 3. Mortalidade. 4. Epidemiologia. 5. Exposição à violência. I. Título.  
CDD 610

---

CHIARA LUBICH MEDEIROS DE FIGUEIREDO

ANÁLISE COMPARATIVA DA MORTALIDADE ENTRE OS POLICIAIS MILITARES E  
A POPULAÇÃO GERAL RESIDENTES NO CEARÁ ENTRE 2011 E 2021

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 21/08/2024.

BANCA EXAMINADORA

---

Dra. Caroline Mary Gurgel Dias Florêncio (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dr. Pedro Aurio Maia Filho  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dr. Anderson Duarte Barboza  
Superintendência de Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública do Estado do Ceará  
(SUPESP/CE)

---

Dra. Vanessa Pinheiro Barreto  
Faculdade Vidal de Limoeiro (FAVILI)

A Deus.

Aos meus pais, Lionel e Edileuza.

Aos meus filhos, Sophie e Isaac.

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, professora Caroline Gurgel, pela excelente contribuição e, principalmente, pelo acolhimento durante esse período que não foi nada fácil. Com certeza, graças à senhora, tudo caminhou de forma mais leve. Gratidão eterna.

Aos participantes da Banca examinadora, pelas valiosas colaborações e sugestões, que enriqueceram não só a escrita acadêmica, mas levarei comigo cada palavra dita na defesa. Acrescento ainda o professor Carlos Henrique Alencar, pela sua contribuição durante esse processo.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica, pela eficiência e prestimosidade no exercício de suas atividades.

Aos colegas da turma de doutorado, que apesar de ter sido uma época atípica e inimaginável, pois iniciamos o processo de doutoramento no período pandêmico da Covid-19, foram momentos de reflexões, críticas e sugestões.

Gostaria de agradecer, as minhas colegas de mestrado que continuaram no doutorado e sempre me ajudaram não só de forma acadêmica, mas na vida. Em especial a Tamires Feitosa, uma amiga que levarei para vida. Agradecer também a Mariângela de Oliveira pela sua contribuição,

Aos meus irmãos e minhas cunhadas, especialmente, Lionel Júnior e Andréia Rodrigues, pois quando eu não estava presente, eles me ajudaram a cuidar do meu bem mais precioso, minha filha Sophie.

Aos meus pais, Lionel Araújo e Edileuza de Medeiros, sem vocês nada disso seria possível.

Ao meu marido, Linaldo Galiza, que mesmo tendo chegado a pouco tempo, acredita mais em mim, do que eu mesma.

À minha filha querida, Élide Sophie Medeiros, pois é por você e para você que sempre tenho que evoluir e me transformar em uma mulher, mãe e profissional melhor. E ao meu bebê, Isaac Galiza, que foi mandado por Deus para mudar toda a minha vida. Élide Sophie e Isaac, amo vocês.

## RESUMO

O estudo sobre mortalidade trata-se de uma ferramenta adequada para embasar e avaliar a situação da saúde, servindo também para elaboração e avaliação dos programas de saúde vigentes devido ao seu grau de registro, disponibilidade de dados e incontestabilidade do evento. A mortalidade de policiais militares no Brasil ganha destaque quando se compara aos demais tipos de polícia, dado que são o maior contingente em exercício, realizam atividade na linha de frente no combate à criminalidade. Destaca-se o número de mortes de PM por causas violentas é maior que na população geral. Logo, objetiva-se estudar os indicadores de mortalidade dos policiais militares comparando-os com a população geral, além de caracterizar o perfil sociodemográfico, identificar as causas de óbito, comparar a tendência temporal, a distribuição espacial da mortalidade e avaliar os anos potenciais de vida perdidos dos policiais militares e da população geral, ambos residentes no Ceará entre os anos de 2011 e 2021. Trata-se de um estudo transversal analítico e ecológico de tendência temporal e espacial realizado através de uma análise situacional dos óbitos de policiais militares e população geral. Os dados utilizados são secundários e foram extraídos da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade. A população dessa pesquisa foi composta por policiais militares em qualquer tipo de modalidade de policiamento e a população geral, residentes no Ceará, que foram a óbito entre 2011 e 2021 de ambos os sexos. A análise dos dados ocorreu em três etapas. Para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Os dados foram organizados em tabelas univariadas com a caracterização dos casos de óbito dos PM e da população geral. Posteriormente, foram realizados os cálculos de risco relativo através da construção de tabelas de contingência. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson para comparar o grupo de PM com a população geral e/ou Exato de Fisher. Para as quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão. Esses indicadores formaram mapas temáticos visando identificar em qual município ocorrem mais óbitos e por quais causas, nesse momento, optou-se pelo *software* ArcGis 10.2. A análise foi realizada através do *software* Stata 15. Para além disso, a análise das tendências foi realizada utilizando o *software* estatístico Joipoint. Por se tratar de dados de domínio público o parecer de um Comitê de Ética e Pesquisa é justificado como desnecessário. Entre os anos de 2011 e 2021 foram a óbito no Ceará 1829 policiais militares, destes a maior prevalência está na graduação soldado (43,1%) seguido de Cabo (32,4%). Quando se observa os oficiais, o capitão representa o público mais afetado (3,8%) seguido de major (2,4%). Em relação aos fatores sociodemográfico, observa-se que na PM os óbitos foram mais frequentes na idade de 70 anos ou mais (62,9%), homem (99,18%), pardo (65,10%), casado (69,76%) e com nível superior incompleto (53,16%). Dados semelhantes são encontrados na população geral, diferenciando apenas no nível de escolaridade, ensino fundamental I (39,71%). Sobre os aspectos relacionados a mortalidade e informações dos agentes em comparação a outras profissões destaca-se, respectivamente, os óbitos não foram relacionados a acidente de trabalho (97,0%), mais da metade dos casos ocorreram no hospital, receberam assistência médica (>80,0%), não sendo preciso realizar necropsia (>70,95%) e a fonte de informação veio do boletim de ocorrência (>88,48%). Sobre a causa de óbito, são semelhantes, em sua grande maioria, muda apenas a ordem, porém ressalta-se que ser policial militar em solo cearense o deixa mais vulnerável ao óbito por causas externas, visto que, das 10 principais causas de mortalidade na série histórica estudada, causas externas representa 21,30%. Nesse período foram mais de 3 milhões de anos potenciais de vida perdidos. Deste total, a PMCE foi responsável por 10.635 (0,30%). Quando comparadas as faixas etárias, maiores proporções foram observadas nos indivíduos entre 50 a 54 anos (18,6%), seguido da idade de 35 a 39 (15,3%) para a PM e 25 a 29 anos (14,6%), seguido da faixa etária de 30-34 (14,1%) para a população geral. Ao se avaliar a série histórica, observa-se que as tendências de mortalidade não seguem o mesmo padrão entre as duas populações quando se trata de IAM. Para a PNM, ambas as populações apresentaram redução significativa dos casos,

sendo maior na PM, com variação anual média negativa de 13,52%. No que tange à mortalidade por agressão por meio de disparo de arma de fogo ou de arma não especificada, a tendência se manteve estável para ambas as populações. Para além disso, foram identificados municípios com altos coeficientes de mortalidade na região metropolitana de Fortaleza, tanto na PM quanto na PG. Destaca-se a capital Fortaleza, seguido das cidades de Caucaia e Maracanaú. Acrescenta-se ainda os municípios de Sobral (Região Norte) e Juazeiro do Norte (Cariri) que se sobressaem no número de óbitos apenas na PMCE. Quando se estratifica esses números e se analisa somente o sexo masculino, observa-se que na PM não houve variações. No entanto, na PG, as cidades de Juazeiro do Norte, Camocim e Viçosa do Ceará se destacam. O perfil das mortes de policiais militares no estado do Ceará é semelhante ao da população em geral, com predomínio de homens, pardos, idosos, casados. As causas de óbitos são semelhantes, em sua grande maioria, muda apenas a ordem, porém ressalta-se que ser policial militar em solo cearense o deixa mais vulnerável ao óbito por causas externas.

**Palavras-chave:** Polícia; Militares; Mortalidade; Epidemiologia; Exposição à violência.

## ABSTRACT

The study of mortality is an appropriate tool for assessing and evaluating the health situation, as well as for preparing and evaluating current health programs due to its level of data registration, availability, and the indisputability of the events. The mortality of military police officers in Brazil stands out when compared to other types of police, given that they are the largest contingent on duty and carry out activities on the front lines in the fight against crime. It is noteworthy that the number of deaths among military police officers due to violent causes is higher than in the general population. Therefore, this study aims to analyze the mortality indicators of military police officers by comparing them with those of the general population, in addition to characterizing their sociodemographic profile, identifying causes of death, comparing temporal trends and spatial distribution of mortality, and evaluating the potential years of life lost among military police officers and the general population, both residing in Ceará between 2011 and 2021. This is an analytical and ecological cross-sectional study with temporal and spatial trend analyses conducted through a situational analysis of the deaths of military police officers and the general population. The data used are secondary and were extracted from the Mortality Information System database. The study population comprises military police officers engaged in any type of policing activity and the general population residing in Ceará who died between 2011 and 2021, of both sexes. Data analysis was conducted in three stages. For qualitative variables, absolute and relative frequencies were calculated. The data were organized into univariate tables characterizing death cases among military police officers and the general population. Subsequently, relative risk calculations were carried out through the construction of contingency tables. Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used to compare the military police group with the general population. For quantitative variables, measures of central tendency and dispersion were calculated. These indicators were used to create thematic maps aimed at identifying which municipalities had the highest number of deaths and their causes, using ArcGIS 10.2 software. The analysis was carried out using Stata 15 software, and trend analysis was conducted using Joinpoint statistical software. As this study used public domain data, approval from an Ethics and Research Committee was deemed unnecessary. Between 2011 and 2021, 1,829 military police officers died in Ceará, with the highest prevalence in the soldier category (43.1%), followed by corporal (32.4%). Among officers, captains were the most affected (3.8%), followed by majors (2.4%). Regarding sociodemographic factors, it was observed that deaths among military police officers were more frequent in those aged 70 years or older (62.9%), male (99.18%), mixed race (65.10%), married (69.76%), and with incomplete higher education (53.16%). Similar data were found in the general population, differing only in the level of education, with elementary school I (39.71%) being more common. Regarding aspects related to mortality and information about the agents compared to other professions, it was found that most deaths were not related to work accidents (97.0%), more than half of the cases occurred in hospitals where medical assistance was provided (>80.0%), autopsies were largely unnecessary (>70.95%), and the primary source of information came from police reports (>88.48%). The causes of death were similar for the most part, differing only in order. However, it is noteworthy that being a military police officer in Ceará increases vulnerability to death from external causes, as external causes accounted for 21.30% of the top ten causes of mortality in the historical series studied for Ceará. During this period, more than 3 million years of potential life were lost, with military police officers accounting for 10,635 years (0.30%) of this total. When comparing age groups, higher proportions were observed among individuals aged 50 to 54 years (18.6%), followed by those aged 35 to 39 years (15.3%) for military police officers, and 25 to 29 years (14.6%), followed by those aged 30 to 34 years (14.1%) for the general population. When evaluating the historical series, it was observed that mortality trends do not follow the same pattern between the two

populations when it comes to acute myocardial infarction (AMI). For both populations, there was a significant reduction in AMI cases, with a greater reduction among military police officers, showing a negative average annual variation of 13.52%. Regarding mortality due to aggression by firearms or unspecified weapons, the trend remained stable for both populations. Furthermore, municipalities with high mortality rates were identified in the metropolitan region of Fortaleza for both military police officers and the general population. The capital, Fortaleza, stands out, followed by the cities of Caucaia and Maracanaú. Additionally, the municipalities of Sobral (North Region) and Juazeiro do Norte (Cariri) stand out in terms of the number of deaths only among military police officers. When these numbers are stratified by gender and only the male sex is analyzed, it is observed that there were no variations among military police officers. However, in the general population, the cities of Juazeiro do Norte, Camocim, and Viçosa do Ceará stand out. The profile of military police deaths in the state of Ceará is similar to that of the general population, with a predominance of men, mixed race, elderly, and married individuals. The causes of death are similar for the most part, differing only in order, but it is worth noting that being a military police officer in Ceará increases vulnerability to death from external causes.

**Keywords:** Police; Military; Mortality; Epidemiology; Exposure to violence.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Brasão da Polícia Militar do Estado do Ceará, Brasil .....	28
Figura 2 – Missão, Visão e Valores da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará, Brasil.....	33
Figura 3 – Composição das despesas empenhadas com Segurança Pública no CE, por subfunção – 2012 a 2020, Fortaleza, 2021.....	45
Figura 4 – Distribuição dos nove blocos da Declaração de Óbito, Brasil, 2023 .....	51
Figura 5 – Cinco regiões de saúde do Estado do Ceará, 2023.....	56
Figura 6- Distribuição espacial de óbitos por todas as causas, em ambos os sexos, entre polícia militar e população geral no Estado do Ceará. Brasil, 2011-2021 .....	69
Figura 7 - Distribuição espacial de óbitos por todas as causas, no sexo masculino, entre polícia militar e população geral no Estado do Ceará. Brasil, 2011-2021 .....	70

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Despesas empenhadas com Segurança Pública no Estado do Ceará entre os anos de 2012 e 2020, Fortaleza, 2021.....	45
Gráfico 2 - Tendência temporal coeficiente de mortalidade da PMCE e população geral por Infarto agudo do miocárdio não especificado (I219) no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021	66
Gráfico 3 - Tendência temporal do coeficiente de mortalidade da PMCE e população geral por Pneumonia não especificada (J189) no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021 .....	67
Gráfico 4 - Tendência temporal do coeficiente de mortalidade da PMCE e população geral por Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - rua e estrada (X954) no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021 .....	68

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Círculos hierárquicos e a escala hierárquica da Polícia Militar do Estado do Ceará. Brasil, 2021.....	29
Quadro 2 - Filtro utilizado no Sistema de Informação sobre Mortalidade para coleta de dados nas categorias: Código ocupação e Ocupação. Brasil, 2022 .....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Análise descritiva dos óbitos por Policiais Militares no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021 .....	61
Tabela 2 - Fatores sociodemográficos relacionados aos óbitos por Policiais Militares no Estado do Ceará em comparação a outras profissões, Brasil, 2011-2021 .....	62
Tabela 3 - Aspectos relacionados ao óbito e às informações dos Policiais Militares no Estado do Ceará em comparação a outras profissões, Brasil, 2011-2021 .....	63
Tabela 4 - Principais causas de óbito entre os Policiais Militares e a frequência na população geral, Brasil, 2011-2021 .....	64
Tabela 5 - Anos potenciais de vida perdidos na polícia militar e população geral no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021 .....	65
Tabela 6 - Tendência temporal das taxas brutas de incidência da mortalidade na polícia militar e população geral, estratificada por CID, no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021 .....	66

## LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

APC	<i>Average Percent Change</i>
AAPC	<i>Average Annual Percent Change</i>
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPM	Batalhão de Polícia Militar
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CA	Câncer
CE	Ceará
CG	Causa garbage
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Coronavírus
CPI	Curso de Preparação de Instrutores
CRPM	Comando Regional de Polícia Militar
CSASR	Coordenadoria de Saúde, Assistência Social e Religiosa do Ceará
CV	Comando Vermelho
CVLI	Crimes Violentos, Letais e Intencionais
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Ditadura Militar
DM	Diabetes Mellitus
DO	Declaração de óbito
EUA	Estados Unidos da América
GBD	Estudo Global de Carga de Doenças, Lesões e Fatores de Risco
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IML	Instituto Médico Legal
MS	Ministério da Saúde
MVI	Mortes Violentas Intencionais
Nº	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Ações Unidas
PCC	Primeiro Comando da Capital
PFEM	Policial Feminina
PG	População Geral
PM	Policial Militar
PMCE	Polícia Militar do Estado do Ceará
PNM	Pneumonia
RM	Região Metropolitana
SARS-COV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSPDS	Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
SUPESP	Superintendência de Pesquisa da Polícia Militar do Estado do Ceará
TAPVD	Taxa do Anos Potenciais de Vida Perdidos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>SEGURANÇA PÚBLICA E POLÍCIA MILITAR: estruturação legal</b> .....	20
2.1	HISTÓRIA DA POLÍCIA MILITAR NO MUNDO.....	23
<b>3</b>	<b>POLICIA MILITAR NO ESTADO DO CEARÁ</b> .....	27
3.1	INGRESSO NA CORPORAÇÃO MILITAR NO CEARÁ.....	28
3.2	CÍRCULOS HIERÁRQUICOS E A ESCALA HIERÁRQUICA DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ.....	29
3.3	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ.....	30
3.4	FORMAÇÃO MILITAR ESTADUAL .....	32
<b>4</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ADOECIMENTO BIOPSICOEMOCIONAL ENTRE POLICIAIS MILITARES E O SEU PROCESSO DE MORTALIDADE</b> .....	36
4.1	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	37
4.2	COMPORTAMENTOS DE SAÚDE, COSTUMES, ESTILOS DE VIDA E MORTALIDADE.....	38
4.3	DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS .....	41
<b>4.3.1</b>	<b>Organização e processo do trabalho do PM</b> .....	43
4.4	MORTALIDADE ENTRE POLICIAIS MILITARES E POPULAÇÃO GERAL ...	46
<b>5</b>	<b>SAÚDE PÚBLICA E MORTALIDADE</b> .....	49
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	53
6.1	OBJETIVO GERAL .....	53
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	53
<b>7</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	54
7.1	FONTE DE DADOS .....	54
7.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	55
7.3	LOCAL DO ESTUDO.....	55
7.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	56
<b>7.4.1</b>	<b>Variáveis de Estudo</b> .....	57
7.5	ASPECTOS ÉTICOS .....	60
<b>8</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	61
8.1	ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP) ENTRE A POLICIA MILITAR E POPULAÇÃO GERAL NO ESTADO DO CEARÁ.....	65

8.2	TENDÊNCIA TEMPORAL DE MORTALIDADE ENTRE A POLICIA MILITAR E POPULAÇÃO GERAL NO ESTADO DO CEARÁ .....	66
8.3	DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS ENTRE A POLICIA MILITAR E POPULAÇÃO GERAL NO ESTADO DO CEARÁ .....	68
<b>9</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	71
9.1	MORTALIDADE ENTRE OS POLICIAIS MILITARES NO ESTADO DO CEARÁ NOS ANOS DE 2011 A 2021 .....	73
9.2	MORTALIDADE ENTRE A POPULAÇÃO GERAL NO ESTADO DO CEARÁ NOS ANOS DE 2011 A 2021 .....	78
<b>10</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	81
	<b>REFERENCIAS</b> .....	82
	<b>ANEXOS</b> .....	98
	<b>ANEXO A – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA POLICIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ (DECRETO Nº32.974, de 18 de fevereiro de 2019)</b> .....	99
	<b>ANEXO B – MODELO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO</b> .....	105

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade de policiais militares (PM) no Brasil ganha destaque quando se compara aos demais tipos de polícia, dado que são o maior contingente em exercício e realizam atividade na linha de frente no combate à criminalidade. O caráter de policiamento ostensivo além de serem facilmente identificados pelo fardamento ou distintivo tornando-os alvos mesmo em seus momentos de folga (Silva *et al.*, 2021).

As corporações policiais possuem atribuições tanto ostensivas quanto judiciárias, visando combater os crimes e investigá-los. Esta realidade expõe os agentes a riscos pessoais e coletivos e impactam diretamente em agravos na saúde que podem levar ou expor esse profissional da segurança pública ao óbito (Lacerda, 2020; Souza; Minayo, 2017).

A violência urbana desponta como um dos grandes problemas sociais em todo o mundo, principalmente de países pobres e desiguais. No Brasil, há forte relação entre espaço geográfico e criminalidade, visto que nas regiões onde há maior taxa de urbanização e maior densidade demográfica há maior prevalência de episódios violentos (Bartz; Quartieri; Menezes, 2018).

Apesar da retomada dos direitos civis e do restabelecimento do Estado democrático de direitos, indicadores de violência social permanecem elevados, com tendência ao crescimento. Entre 1980 e 2014, morreram 967.851 pessoas em virtude de ferimentos por arma de fogo, colocando o Brasil entre os dez países com maior número de homicídio por arma de fogo no mundo (Cerqueira, 2017).

Os policiais militares do Ceará (PMCE) vivem uma situação semelhante à uma guerrilha urbana. Somente de janeiro a julho de 2018 foram registradas sete chacinas, com 48 óbitos, sendo duas em Fortaleza e as demais na Região Metropolitana (RM) e no Interior. Não se tratam de fenômenos isolados, mas do resultado de uma mudança radical nas dinâmicas criminais ocorridas nos últimos anos, advinda da expansão de grupos criminosos organizados, como o Comando Vermelho (CV) e o Primeiro Comando da Capital (PCC). Essa realidade torna-se mais complexa com o aparecimento de uma gangue originária do Ceará, conhecida como Guardiães do Estado (GDE), que veio para disputar espaço e território com essas duas grandes facções nacionais (CV e PCC) (Paiva; Barros; Cavalcante, 2019).

Destaca-se o número de mortes de PM por causas violentas é 6,18 vezes maior que na população geral (PG), e esse número aumenta em 2,8% nos momentos em que o PM se encontra de folga. Entre 2015 e 2017, a violência ocasionou o afastamento de 3.113 agentes por facadas, tiros, tentativas de atropelamento, capotamento de viatura, dentre outros tipos de acidentes,

tanto em serviço como nas folgas (Godoy Sumariva, 2017). O ano de 2021 apresentou um incremento de 12,8% nos óbitos de militares por Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI) em serviço ou de folga (Bueno *et al.*, 2021).

Além disso, existem os policiais que cometem suicídio (Santos; Hauer; Furtado, 2019; Winter, 2019). Em relação a violência auto infligida, acontece principalmente devido às exigências laborais, carregadas de fatores físicos e psicossociais que impactam diretamente na qualidade da saúde física e mental, e resultam em condições favoráveis ao desenvolvimento de transtornos psicológicos (Silva; Bueno, 2017; Dombroski, 2017; Violanti *et al.*, 2019).

Acrescente ainda as questões de estrutura organizacional e hierárquica rígidas, sobrecarga de trabalho, relações internas e externas à corporação e natureza do trabalho com alto risco de morte, faz com que esses profissionais apresentem doenças cardiovasculares como insuficiência coronariana e o acidente vascular encefálico (AVE) (Lacerda, 2020). Fatores de risco como obesidade, inatividade física e uso de álcool e outras drogas tendem a influenciar no aumento da mortalidade desses agentes (Oliveira *et al.*, 2021).

Diante do exposto, observa-se a importância de conhecer o perfil epidemiológico de morbimortalidade de uma população, assim como mensurar suas principais causas de óbito (Rouquayrol; Gurgel, 2021). Devido serem informações de grande valia para o planejamento de saúde local, regional e nacional, além de ajudarem a conhecer a situação de saúde do país e fazer inferências sobre o futuro (Banzatto, 2021).

A escolha do Ceará (CE) deve-se a motivos populacionais, trata-se do oitavo Estado com maior população do país, correspondendo a 4,3% de toda a população do Brasil (IBGE, 2021). Assim como possui altos índices de violência, apenas no ano de 2020, o CE registrou 3.934 casos de homicídio doloso; 48 casos de latrocínio; 30 registros de lesão corporal seguida de morte; 10 casos de policiais vítimas de crimes violentos letais intencionais e 4.155 (45,2%) de mortes violentas intencionais (MVI) (Bueno *et al.*, 2021). Mostrando a importância de pesquisas serem realizadas nessa localidade, principalmente envolvendo mortalidade.

Definir o PM como objeto de estudo é reconhecer a importância desses profissionais na sociedade. Como observado, é expressivo o número de atos violentos sofridos pelo policial no Brasil, assim como possuem um estilo de vida inadequado. Não obstante, também é grande o número de agentes que se afastam do trabalho em virtude de adoecimento físico e mental, evidenciando-se a necessidade de se estudar a relação do trabalho desenvolvido em organizações militares. Bem como, compreender de que o profissional de segurança pública está morrendo.

Em suma, nota-se poucos estudos publicizados sobre a temática, o que implica na relevância de pesquisas voltadas para esse assunto, com ênfase no processo de mortalidade dos PM residentes no Estado do Ceará.

## 2 SEGURANÇA PÚBLICA E POLÍCIA MILITAR: estruturação legal

A violência e o convívio social fazem parte da história da humanidade bem como as tentativas de manutenção da ordem social. As grandes revoltas e desordens incentivaram a criação das polícias, principalmente na Europa, visto que era necessária uma instituição consolidada para manter o controle da situação nas ruas (Costa, 2018).

O autor supracitado acrescenta que durante o século XIX, na Inglaterra, a polícia surgiu como uma espécie de mediadora entre a elite e o povo, garantindo, em meio a Revolução Industrial, a segurança dos mais ricos e progressiva inserção dos trabalhadores na polis urbana, concomitante à consolidação de seus direitos políticos e sociais.

Na experiência americana, somente no início do século XX, a polícia se consolidou como uma das instituições responsáveis pela mediação política e social entre Estado e cidadão, assumindo papel relevante e conflituoso na política, bem como na assistência social (Batitucci, 2019).

O modelo de policiamento brasileiro surge dos ideais franceses (Saboya, 2017). A constituição histórica da segurança pública e justiça criminal no Brasil teve início desvinculado do conceito de promoção e garantia de direitos sociais e individuais (Batitucci, 2019), sendo criada durante o império (século XIX) para que os presidentes das províncias possuíssem um órgão capaz de auxiliá-los na manutenção da ordem pública (Anjos; Souza; Samaridi, 2018; Silva, 2019).

Somente com o Decreto-Lei número (nº) 667, de 2 de julho de 1969, que grande parte das polícias militares assumiram a função de policiamento ostensivo fardado. Até então, essas organizações viviam sob o regime militar, cumprindo, aquarteladas, sua missão de exército estadual, reserva de poder militar do governo do Estado, e auxiliares das forças armadas (Rodrigues, 2020).

A história do Brasil é marcada pela escravidão, tráfico, relações de dominação, violência, entre tantas outras questões enraizadas por uma elite patriarcal, a saber (Campos, 2021; Facio; Gomes, 2018):

- a) **Coronelismo de 1827** – Atividade política comum no Brasil no período do século XX. O coronel permanecia no poder devido as alianças políticas formadas com as oligarquias estaduais, para além disso, obrigava seus dependentes a votarem nos candidatos de sua escolha, mantendo assim o seu domínio local;
- b) **Tenentismo de 1920** – Fenômeno sociopolítico, que ganhou força em quartéis espalhados pelo Brasil, através de rebeliões realizadas por jovens oficiais de baixa e média patentes do

Exército Brasileiro. Os mesmos encontravam-se insatisfeitos com a situação política brasileira, logo tentaram derrubar as oligarquias rurais que dominavam o país e constituíam o pilar fundamental das tradições da República Velha;

c) **Revolução de 1930** – Marcada pelo conservadorismo dos proprietários de terras e a violenta escravidão praticada por eles. Getúlio Vargas, então presidente, encontrava-se respaldado pelas forças militares do Exército, optou em adotar iniciativas mais rígidas a partir de 1937, instaurando assim o Estado Novo, este repudiava o aparecimento de qualquer manifestação de esquerda e a quem tentasse ir de encontro a posições contrárias ao regime. A força militar se impõe face ao Brasil e toma conta do governo através de um golpe;

d) **Quarta República Brasileira de 1946** – Teve início com a deposição de Getúlio Vargas estendendo-se até o Golpe Militar. O governo do General Dutra teve como destaque o alinhamento com os Estados Unidos da América (EUA) durante a Guerra Fria e a consequente caçada aos comunistas brasileiros. Ficou caracterizado pela perseguição aos movimentos de trabalhadores e aos comunistas;

e) **O golpe de 1964** – Os militares empregaram diversas estratégias que amparassem o golpe criando a Doutrina de Segurança Nacional com origem na Escola Superior de Guerra. Logo, começaram uma acirrada campanha contra o que consideravam a “*bolchevização*” do Brasil, apresentando como lemas básicos a segurança interna e a construção “racional” do desenvolvimento. Outro período marcado pelo autoritarismo;

f) **Constituição Federal (CF) de 1988** – A segurança passou a ser um direito público e de todos, visto que o Estado agora estaria ali para preservá-la, dessa forma, apenas com a promulgação da Carta Magna que a questão da segurança pública começou a obter maior atenção;

g) **Proclamação da República de 1989-1891** – Resultado de um levante político-militar que deu início à República Federativa Presidencialista. Foi marcada pelo general Marechal Deodoro da Fonseca, logo, ele era responsável pela efetiva proclamação e foi primeiro Presidente da República do Brasil em um governo provisório.

Como observado, por mais de duas décadas, a população brasileira viveu sob o comando da ditadura militar, período no qual a segurança era voltada para os problemas do Estado contra o inimigo externo e interno, sendo responsável pela garantia da soberania e ordem política instituída, respectivamente. A CF de 1967 e Emenda Constitucional de 1969 asseguravam que a União podia legislar sobre as polícias militares, deixando essas instituições a cargo das Forças Armadas, portanto, a polícia não possuía atribuições de segurança pública como uma atividade social e sim, com a função de manter a segurança interna. Este modelo

ditatorial foi interrompido devido a insatisfação da população, das lutas sociais e acordos político-militares, apresentando o seu marco principal com a promulgação da CF de 1988 (Jesus, 2004; Santana; Aguiar, 2018).

O termo segurança “pública” foi usado pela primeira vez na CF de 1937 e sugere, que o Estado tem um dever complexo, englobando autoridades e estruturas responsáveis para resguardar os valores necessários voltados a qualidade de vida comunitária pacífica. Deste modo, cabe à segurança pública a garantia dos direitos e o cumprimento dos deveres, seguindo a legislação, preceitos e costumes que regulam a sociedade (Costa, 2018; Silva, 2012; Soares, 2019).

De acordo com a CF de 1988, Capítulo III, artigo 144, a segurança pública é direito e responsabilidade de todos, entretanto, a sua execução, se pauta na força policial nacional e estadual, incluindo as polícias militares. A União tem, dentre outras, a Polícia Federal e a Polícia Rodoviária Federal, enquanto os Estados têm a Polícia Civil a Polícia Militar (Santana; Aguiar, 2018).

Para além disso, o Poder de Polícia se concretiza através de duas atividades, a Polícia Administrativa com função preventiva, regida pelas normas e princípios jurídicos do Direito Administrativo; e a Polícia Judiciária que exerce atividade de repressão criminal (Soares, 2019).

A consolidação da polícia brasileira no modelo empregado atualmente nas 27 unidades federativas foi estruturada ao longo da história (Batitucci, 2019). No decorrer dos anos, o conceito de segurança pública se ampliou e foi desenvolvido um sistema de ações coordenadas e harmônicas que exigem o empenho de todos os setores do Estado, da União, e não isentando a sociedade (Soares, 2019).

A partir da CF de 88, a PM foi separada dos outros órgãos do Poder Público e assumiu a função ostensiva e a preservação da ordem pública (Pessoa, 2018). Assim, a polícia militar migrou de regime de exceção para democrático, ou seja, agora é responsável pela segurança de toda a população, e não somente das pessoas que possuíam poder, como era antigamente (Santana; Aguiar, 2018).

Nota-se que a história do Brasil é marcada por vários períodos de ditadura e violência e apenas as pessoas que possuíam poder tinham o direito a proteção. É possível também destacar o marco que foi a instauração da CF de 1988 para o país, visto que, a população conseguiu direitos até então inimagináveis. Ressalta-se também todas as mudanças ocorridas na Segurança Pública e em seus órgãos atuantes, onde a PM, por exemplo, passou por modificações significativas visando a proteção e bem-estar da sociedade.

## 2.1 HISTÓRIA DA POLÍCIA MILITAR NO MUNDO

A polícia militar pode ser considerada o representante da lei que se mantém mais próximo da comunidade devido cuidar da segurança e bem-estar dos cidadãos. Apresentando como função proporcionar segurança e ordem, com o intuito de inibir os atentados ao convívio social e propiciar a sociedade a sensação de viver em liberdade, tudo em conformidade com os princípios da lei (Winter, 2019).

Destaca-se que a abordagem policial é a forma de contato mais comum entre a comunidade e a Polícia Militar. Entende-se por abordagem policial o momento em que o PM se aproxima de um indivíduo para prestar-lhe um serviço (cidadão) ou exercer uma obrigação (poder de polícia) de mantenedor da ordem pública (Santos, 2020).

No entanto, é evidente a desconfiança que a sociedade tem até os dias atuais em relação aos militares. A classe média alta sente-se lesada pela ineficiência do combate à criminalidade e os moradores de áreas periféricas e violentas julgam a conduta policial como duvidosa e, até discriminatória. Além da própria mídia, que no lugar de orientar a sociedade sobre as verdadeiras funções da PM, alimenta esse estereótipo. Fato que dificulta, muitas vezes, a função de ser policial (Souza; Minayo, 2005; Winter, 2019).

Ressalta-se que a Alemanha, mesmo fazendo parte do continente europeu, possui um sistema federativo semelhante ao Brasil, porém é parlamentar e democrático. O policiamento é de responsabilidade dos Estados federados, tal qual no Brasil no que se refere as policias militares estaduais. O modelo policial alemão se divide em (Batitucci, 2019; Neto, 2019):

- a) ***Schutzpolizei*** – policiamento e proteção de civis, preservação da segurança e ordem pública, análoga à polícia militar brasileira;
- b) ***Kriminalpolizei*** – investigação criminal, responsável pela persecução de delitos e prevenção de delitos graves, semelhante à polícia civil e federal no Brasil;
- c) ***Bereitschaftspolizei*** – controle de distúrbios civis e de intervenção. Ela apoia as policias dos Estados federados em conjunturas especiais, podendo assemelhar-se aos batalhões especializados da polícia militar brasileira;
- d) ***Wasserschutzpolizei*** – policiamento e proteção fluvial, considerada a mais importante em termos de preservação da ordem e tranquilidade pública, com ações voltadas para a paz social que pode ser comparada aos batalhões do meio ambiente da PM brasileira.

Quando se compara os tipos de policias, o relatório publicado pela *Global Peace Index* (2024), que mede a tranquilidade dos países, composto por 23 indicadores quantitativos e qualitativos, e quanto menor a pontuação, mais pacífico é o país; aponta a Alemanha na 20º

(pontuação= 1.542) posição no *ranking* de países mais seguros do mundo e o Brasil encontra-se no 131º lugar (pontuação = 2.589). Em primeiro lugar destaca-se a Islândia (pontuação= 1.112) (Nasar; Naqvi, 2024). Corroborando com essa ideia, uma pesquisa do Instituto Gallup, *Global Law and Order* (2018), coloca o Brasil como o quarto país em que as pessoas se sentem mais inseguras, entre 142 nações, ficando apenas atrás da Venezuela, Afeganistão e Gabão, países conhecidos por suas ondas de violência, já a Alemanha aparece no 11º lugar (Asongu; Nwachukwu, 2019).

Em contrapartida, nos Estados Unidos da América, o poder de polícia é estruturado com foco no combate ao terrorismo, sendo considerado mais sofisticado. Algumas de suas estratégias de ação se pautam no aprimoramento das capacidades da coleta de inteligência dos serviços secretos; a contratação de especialistas culturais e tradutores árabes; a construção de pontes com comunidades islâmicas nacionais e internacionais; e o financiamento de capacidades policiais (Costa, 2018).

Observa-se que os países do hemisfério norte (Portugal; México; Tunísia; Islândia; Cuba; Argélia; Marrocos; Rússia; Alemanha; Noruega; França; Egito; Canadá; Estados Unidos da América; Inglaterra; Itália; Grécia; China; Alemanha; Holanda), até o final dos anos 1930, passaram por um processo de amadurecimento institucional da polícia. Entre os principais elementos desse movimento destacam-se (Batitucci, 2019):

- a) Reforma administrativa com a introdução de princípios do modelo taylorista fordista e burocratização do funcionamento das organizações policiais;
- b) Melhora da profissionalização (incremento de uma autoconsciência profissional; qualificação profissional em academias de polícia e utilização de critérios institucionais para recrutamento e seleção);
- c) Incremento da produção literária profissional e criação de associações e sindicatos;
- d) Militarização como estratégia de controle (foco na disciplina) e;
- e) Uso intensivo da tecnologia, voltadas principalmente para a mobilidade e a comunicação.

De modo diverso, a polícia da América do Sul foi pautada na militarização devido ao intenso período ditatorial durante o século XX em vários países. Assim, a segunda metade desse período foi marcada pela implantação da ditadura militar em diferentes países da região. Esse modelo consolidou-se na década de 1960, sobretudo quando o golpe civil-militar de 1964 foi instaurado no Brasil. Na Venezuela, apesar de ser descrito que a DM foi sessada no final dos anos 50, devido ao “Pacto de *Punto Fijo*”, destaca-se o controle policial diante da violência delitativa na Venezuela chavista (Ávila, 2019).

O desafio de enfrentar altas taxas de homicídio, com incremento da prevalência desse agravo na década de 90, fez com que o governo da Venezuela tentasse diminuir as desigualdades sociais e reformar a polícia buscando melhorar o desempenho técnico e racionalização do uso da força. No entanto, foi possível identificar a não conclusão das reformas policiais, na ineficácia do controle de armas de fogo e crescente militarização da segurança, fatos que contribuíram para o aumento da violência, apesar da redução da desigualdade social. Em 2006, fora iniciada a reforma policial com o intuito de obter um melhor desempenho técnico e racionalização do uso da força policial (Ávila, 2019; Sozzo, 2017).

Em relação ao Chile, apresenta uma das polícias melhor avaliada pela população, no entanto, a possibilidade de intervenção política inibiu reformas importantes na polícia (Angel, 2017). Nos anos 70 houve um golpe de Estado executado pelas Forças Armadas contra o governo de Allende, a partir daí foi instaurada uma DM sob o comando do general Augusto Pinochet, que recebeu o apoio do governo dos EUA e da camada conservadora chilena. Assim começa a história do neoliberalismo na América Latina, atendendo aos interesses das classes dominantes e do grande capital. A DM instaurada no Chile em 1973 durou até o ano de 1990 (Doerr, 2017).

Na Argentina, apenas a partir do século XXI, ocorreu o processo de desmilitarização da polícia e a despolitização das forças armadas. A polícia é dividida em duas forças: Polícia Local da Província de Buenos Aires e a *Gendarmerie*, equivalente a PM no Brasil. A *Gendarmaria* é definida como força “intermediária”, possui poderes legais para cumprir as funções de Defesa e Segurança e está envolvida na segurança interna, tendo assim um viés político (Battaglino, 2016; Frederic, 2018).

A última ditadura que ocorreu em solo argentino (1976-1983) teve início, por meio de um golpe de Estado, nos anos 70, momento em que se instalou o autodenominado “Processo de Reorganização Nacional”. Uma Junta Militar, formada pelo Exército, pela Marinha e pela Aeronáutica, assumiu o poder e, após o golpe, nomeou o general Jorge Rafael Videla como presidente do país. Em seguida, desencadeou-se um regime pautado na desindustrialização, no endividamento externo, em sua autolegitimação, na centralização do poder nas mãos dos militares, com participação direta dos civis oriundos das elites nacionais, e no Terrorismo de Estado (Ribeiro, 2021).

Na Colômbia, após o Decreto nº 1775 de 1926, que reorganizou a Polícia Nacional, a mesma seria dirigida pelo disposto em portarias departamentais e acordos municipais, constituindo uma “polícia local”, sendo utilizada como instrumento de coerção. No entanto, a polícia desempenhava duas funções que eram contraditórias, ao mesmo tempo que exercia a

repressão de direitos sociais e individuais, cuidava do cumprimento das medidas sociais impostas pelo governo, logo a regulação foi realizada pela administração governamental de maneira autoritária, através de decretos e aplicação de modelos estrangeiros e em alguns casos se embasou na polícia espanhola e italiana, que possuíam ideologias claramente fascistas (Sierra, 2019).

No Brasil, teoricamente, a proposta para tratar a criminalidade com eficácia foca-se em investimentos na garantia dos direitos sociais associados ao diálogo com a comunidade sobre suas demandas (Brasil, 1988). Assim, a segurança se dá na suposição de “onipresença”, ou seja, apesar de não estar em todos os lugares ao mesmo tempo, a PM pode estar em qualquer lugar. Fato que inibi os criminosos de suas práticas e faz com que as pessoas se sintam mais seguras, mesmo não tendo nenhum policial à vista (Costa, 2018).

Em suma, no Brasil, até o ano de 1960, a função da PM era de manter a ordem pública e a integridade territorial. Em seguida, incorporou-se a função de policiamento ostensivo, sem modificar sua estrutura ou organização. Em 1970, implementou-se a radiopatrulha, visando diminuir o tempo de resposta aos chamados, e o formato de intervenção que se observa hoje em dia, se mantém desde 1942, mesmo acontecendo modificações socioculturais e aumento nos índices de violência. Em todo esse período a Polícia Militar manteve a burocracia e a formalidade na organização do trabalho (Antunes, 2019).

Observa-se que não se concretizaram reformas profundas das instituições policiais na América do Sul, sendo as fragilidades e deficiências evidentes na manutenção elevada de criminalidade (Silva; Lisboa, 2019). Destaca-se que no Chile, Brasil, Argentina e Uruguai, houve na transição da ditadura para a democracia, a resistência de setores que em seguida assumiram o poder, mas não conseguiram romper completamente com as práticas dos antigos governos (Silva, 2019).

Diante do exposto, nota-se que o mundo vem passando por grandes transformações, visando melhorias voltadas para a população. Grande parte dos países viveram os seus períodos de ditaduras, o que deixou marcas negativas em seu povo, algumas sentidas até hoje. No entanto, alguns países encontram-se bem mais avançado em relação as políticas públicas e baixos índices de violência e criminalidade do que outros, logo, cada um tenta se adequar e melhorar a sua realidade de acordo com o cenário que vive, principalmente com a criação de políticas públicas voltadas para tal agravo. Ressalta-se a importância da força policial em todo esse processo.

### 3 POLÍCIA MILITAR NO ESTADO DO CEARÁ

No Estado do Ceará, a origem da Polícia Militar está diretamente ligada à proclamação do Ato Adicional de 12 de agosto de 1834, pelo então regente do Império Padre Diogo Antônio Feijó, o que permitiu a cada província do Brasil organizar para si uma força policial (Lino, 2017).

Em 1835, foi criada a Força Policial cearense por meio da resolução Provincial nº 13 de 24 de maio, quando era presidente da Província do Ceará o Padre José Martiniano de Alencar. O efetivo inicial desejado para essa Força era de 100 praças, mas totalizou apenas 62. No mesmo ano de sua criação, a Força Policial cearense foi empregada para combater revoltas populares (Lino, 2017; Saboya, 2017).

A nomenclatura da polícia do Ceará foi modificada por diversas vezes, até chegar ao que se conhece hoje, a saber: (a) 1892 – Batalhão de Segurança do Ceará; (b) 1914 – Regimento Militar do Ceará; (c) 1921 – Força Pública Militar do Ceará; (d) 1924 – Regimento Policial do Ceará; (e) 1929 – Força Pública do Estado; (f) 1932 – Corpo de Segurança Pública; (g) 1934 – Força Pública do Ceará; (h) 1936 – Polícia Militar; (i) 1939 – Força Policial do Ceará; e (j) 1947 – Polícia Militar do Ceará, denominação vigente nos dias atuais (Saboya, 2017).

O mesmo autor sinaliza que um dos símbolos da herança militar seria o brasão da Polícia Militar do Estado do Ceará (PMCE) (FIGURA 1), idealizado em 1959. O escudo é o legado cultural de identidade com o Exército Nacional de Portugal e do Brasil. As suas partições são as três devoções dos cavaleiros, origem das ordens militares: preservar a vida, a honra e os bens, afeitos ao juramento de todo policial, que representam os Direitos Universais da Humanidade, a Corporação e a Constituição Federal e Estadual.

A Lei nº 13.729, de 11 de janeiro de 2006, dispõe sobre o Estatuto dos Militares Estaduais do Ceará, atualizado em 2021. Essa lei traz que as corporações militares são instituições organizadas com base na hierarquia e disciplina, forças auxiliares e reserva do Exército, subordinadas ao Governador do Estado e vinculadas operacionalmente à Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS) (Ceará, 2021).

Destaca-se a Cultura Militar como um fato histórico nas instituições policiais. Conhecida a partir da implantação das polícias militares nos diversos Estados brasileiros, viu-se um modelo de gestão policial pautada na divisão hierárquica de funções, a valorização dos cargos e a ação disciplinares e repressoras (Lima, 2021).

Figura 1 - Brasão da Polícia Militar do Estado do Ceará, Brasil



Fonte: Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social, 2021.

Para além disso, é sabido que o PM passa por formações específicas para se tornarem policiais, participam de vários cursos e treinamentos voltados para o combate à criminalidade e, ambos, se apropriam da cultura militar. Ocasionalmente, estas que, também são utilizadas para reafirmar os ideais de virilidade, força, superação, coragem, entre outras, atributos que compõem o enredo cultural e histórico do militar (França; Farias, 2015).

### 3.1 INGRESSO NA CORPORAÇÃO MILITAR NO CEARÁ

De acordo com o Estatuto dos Militares Estaduais do Ceará, considera-se tempo de serviço o momento no qual o policial é incluído no posto ou graduação. A data de inclusão ocorre em três situações, a saber: (a) formalizado o ato de inclusão na Organização Militar Estadual; (b) matrícula em órgão de formação de militares estaduais; (c) apresentação pronto para o serviço, no caso de nomeação (Melo, 2016).

Ressalta-se que os militares estaduais poderão estar na ativa e em inatividade. Na primeira, se enquadram os militares estaduais de carreira, os Cadetes e Alunos-Soldados de órgãos de formação de militares estaduais, os alunos dos cursos específicos de Saúde, Capelania e Complementar, e os componentes da reserva remunerada, quando convocados; já na inatividade, seriam os componentes da reserva remunerada, acrescente também à prestação de serviço na ativa, e os reformados que estejam dispensados, mas continuam recebendo remuneração pela respectiva Corporação (Nunes; Araújo; Marques, 2020).

É sabido que a PM, independente do Estado, trata-se de uma organização fardada, organizada militarmente, subordinada ao Governador, através da Secretaria de Segurança Pública e do Comando-Geral da Corporação, executando suas funções dentro do rigoroso

cumprimento do dever legal (França, 2018). Dessa forma, quando se volta para a hierarquia e disciplina, estas são a base institucional das Corporações Militares, nas quais a autoridade e a responsabilidade crescem com o grau hierárquico do militar estadual. Destaca-se ainda que, quando o policial se uniformiza, ele deve compartilhar das regras e valores oriundos da instituição, logo, a farda tem o poder de lembrá-los de suas obrigações, assim como, possui o poder de distinguir as hierarquias (Barbosa, 2014).

A formação e ingresso do agente na carreira militar sofreu alterações com o passar dos anos. Passando de indicações políticas e familiares para polícias que prestam um concurso público e são aprovados com louvor em todas as suas fases.

### 3.2 CÍRCULOS HIERÁRQUICOS E A ESCALA HIERÁRQUICA DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ

No Ceará, os círculos e a escala hierárquica estão apresentados abaixo (QUADRO 1) (Melo, 2016). Como observado, a escala hierárquica da PM obedece uma ordem ascendente, e a distribuição de autoridade revelada por esta escala permeia as relações que acontecem dentro da instituição em quase todos os momentos (França, 2018).

Quadro 1 – Círculos hierárquicos e a escala hierárquica da Polícia Militar do Estado do Ceará. Brasil, 2021

<b>Esquema I</b>		
CÍRCULOS		ESCALA HIERÁRQUICA
OFICIAIS	Superiores	Coronel Comandante-geral; Coronel;
	Intermediários	Tenente-coronel; Major
	Subalternos	Capitão Primeiro Tenente; Segundo Tenente
<b>Esquema II</b>		
CÍRCULOS		ESCALA HIERÁRQUICA
PRAÇAS	Subtenente;	Subtenente;
	Primeiro Sargento;	Primeiro Sargento;
	Segundo Sargento;	Segundo Sargento;
	Terceiro Sargento	Terceiro Sargento
	Cabos;	Cabo;
	Soldados	Soldado

Fonte: Adaptado da Lei nº 13.729, de 11 de janeiro de 2006, Estatuto dos Militares Estaduais do Ceará, 2021.

Na estrutura hierárquica das instituições militares ainda existe as medalhas, condecorações, cursos concluídos, diplomas, elogios, repreensões e a antiguidade no posto. Esta última define quem terá o comando, ou seja, o policial mais antigo em um determinado posto ou graduação terá uma hierarquia maior sobre um militar na mesma função (Lima, 2021).

O ato de prestar continência, trata-se de reverência obrigatória sempre que um policial militar encontrar outro de maior posto/graduação ou quem for mais antigo na corporação. A “continência” mostra que nenhuma relação pode se iniciar sem que ambos os policiais expressem o reconhecimento e a aceitação da desigualdade hierárquica, visto que o ato de continência é sempre iniciado pelo policial de nível hierárquico inferior (Azevedo, 2017).

A hierarquia pode trazer malefícios à saúde dos policiais, independente do cargo ocupado, pois ter que obedecer às ordens que as vezes o policial não concorda, ou quando ela vem de alguém menos qualificado para tal escolha do que ele, é um fator gerador de estresse, uma vez que, devido sentir medo das punições, executa as ações delegadas (França; Duarte, 2017).

Destaca-se também que o policial precisa desempenhar várias funções na sua atividade laboral a partir de três dimensões que coexistem e se confrontam, enquanto instrumento do poder; do serviço público e da profissão. Todas essas lógicas perpassam o sistema policial e se atravessam produzindo diversos efeitos na organização do trabalho na polícia (Antunes, 2019). O que podem gerar sobrecarga, patologias físicas e mentais.

### 3.3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ

A estrutura organizacional seguida pela PMCE (ANEXO A) obedece à adotada no Exército Brasileiro, com postos hierarquizados e divididos em regimentos, batalhões e companhias (Anjos; Souza; Samaridi, 2018). Segundo a Lei nº 15.217 de 2012, em seu artigo 19:

As atividades de policiamento ostensivo são executadas pela Polícia Militar, diuturna e ininterruptamente, em cumprimento ao ordenamento jurídico, zelando pelo Estado Democrático de Direito, pela Cidadania e pelos Direitos e Garantias Fundamentais, através de Organizações Policiais Militares – OPM, nos seguintes níveis (Ceará, 2012):

§ 1º As Unidades Operacionais – UOp, são do tipo Batalhão e Regimento.

§ 2º As Subunidades Operacionais – SuOp, são do tipo Companhia e Esquadrão e integram as Unidades Operacionais

A mesma lei sinaliza que cada Batalhão ou Regimento será constituído, no máximo, por seis Companhias ou Esquadrões imediatamente subordinadas, podendo, excepcionalmente, esse número ser excedido, a depender das necessidades de segurança. As Companhias serão constituídas de seis Pelotões e cada pelotão de dois Grupos (Claro, 2018).

Os batalhões e os regimentos, também chamados de unidades operacionais ou Organizações Policiais Militares, comandados por tenentes-coronéis são órgãos de execução por excelência, responsáveis diretos pelas ações e operações de policiamento ostensivo. Estes, por sua vez, são divididos em subunidades operacionais denominadas companhias ou esquadrões, comandadas em regra por um capitão, auxiliado pelos primeiros e segundos tenentes, que assumem o acompanhamento direto de frações da companhia denominadas pelotões (Marçal *et al.*, 2020).

Ressalta-se que o Batalhão de Polícia Militar (BPM) é a unidade encarregada da execução das atividades de policiamento ostensivo, em determinada área ou em serviço especializado, recebendo a respectiva denominação precedida do numeral ordinal cronológico de criação. O BPM constitui-se de Comandante; Subcomandante; Companhia – Cia PM; Pelotão de Comando e Serviços – PCS; Destacamento – DPM e Subdestacamento – SDPM (SUPESP, 2021).

Em relação a subordinação, os Batalhões e Regimento, de forma administrativa e operacional, são subordinados aos Grandes Comandos, conduzidos por Tenente-coronel do Quadro de Oficiais da Polícia Militar, de escolha do Governador, podendo, excepcionalmente, ser exercidos por oficial do posto de Coronel ou Major. As Companhias são subordinadas aos Batalhões e Regimento, sendo comandados por oficial do posto de Major, podendo, por necessidade administrativa ser exercido por oficial do posto de Tenente-coronel ou Capitão, do mesmo Quadro (França, 2018).

No caso de Ceará, em 2019, de acordo com o decreto nº 32.974, de 18 de fevereiro de 2019, foram adicionados os regimentos ao quadro, logo, os Comandos Regionais são distribuídos da seguinte forma (Ceará, 2019), a saber:

- I- 1º Comando Regional de Polícia Militar – 1º CRPM, sediado em Fortaleza;
- II- 2º Comando Regional de Polícia Militar – 2º CRPM, sediado na Região Metropolitana;
- III- 3º Comando Regional de Polícia Militar – 3º CRPM, sediado na Região Norte do Interior do Estado; e
- IV- 4º Comando Regional de Polícia Militar – 4º CRPM, sediado na Região Sul do interior do Estado.

A Companhia Independente de Polícia Militar encarrega-se de atribuições peculiares do Batalhão que não estejam incluídas na área da circunscrição deste, sendo formada por um Comandante; um Subcomandante; Pelotão de Comando e Serviços Destacamento e Subdestacamento (SUPESP, 2021). Quem está no topo da hierarquia é quem, geralmente, exerce atividade de planejamento, supervisão e controle (Costa, 2018).

No entanto, vale destacar que as decisões centralizadas em oficiais ocasionam insatisfação em alguns policiais, tanto pela falta de lugar de fala quanto pela impossibilidade do uso da inteligência prática, visto serem os policiais que ocupam o grau hierárquico menor que costumam ir para os confrontos, logo, eles simplesmente cumprem as ordens, sendo estabelecido distância entre quem dá as ordens e quem as cumpre (Winter, 2019). Relação que perpassa a cadeia de comando, ou seja, mesmo fora do ambiente laboral os militares estão submetidos a padrões preestabelecidos de comportamento (Leirner, 1997).

No Ceará, assim como no resto do país, os policiais possuem uma raiz militar muito forte, dessa forma, a hierarquia e subordinação estão presentes em toda a sua formação. Aos poucos eles vão subindo de cargo até chegar ao maior posto ou graduação e existe um respeito entre os policias, de acordo com idade e cargo que ocupa.

### 3.4 FORMAÇÃO MILITAR ESTADUAL

Sobre a formação dos integrantes da polícia, ela possibilita ao policial o preparo necessário para enfrentar os desafios que vivenciarão no trabalho diário, dessa forma necessita ser completa e voltada para realidade conhecida. Quanto mais preparado for, melhor será o serviço prestado por esses profissionais junto às comunidades (França, 2019).

A primeira Escola de Formação Profissional para formar os oficiais da PMCE foi criada em 1929, por meio do Decreto nº 1251, de 08 de abril de 1929, sendo a Academia de Polícia Militar General Edgard Facó, responsável por ministrar os cursos de formação, aperfeiçoamento e especialização aos policiais militares da corporação. Local que funcionava os seguintes cursos: (a) Curso de Formação de Oficiais (CFO); (b) Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais (CAO); (c) Curso Superior de Polícia (CSP); (d) Curso de Instrutores de Educação Física (CIEF); (e) Curso de Preparação de Instrutores (CPI); e (f) Curso de Habilitação de Oficiais (CHO) (Pereira; Santos, 2018).

Atualmente, quem é responsável por essa função é a Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará (AESP/CE), órgão vinculado à Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará (SSPDS). Foi criada pela Lei 14.629, de 26 de fevereiro 2010, e

oficialmente inaugurada no dia 18 de maio de 2011, ela é responsável pela formação inicial e continuada dos profissionais, a saber: (a) Polícia Civil; (b) Polícia Militar; (c) Perícia Forense; e (d) Corpo de Bombeiros Militar. A sua infraestrutura proporciona condições para o treinamento físico, técnico e intelectual dos agentes de segurança pública (SSPDS, 2021). A seguir será apresentado a missão, a visão e os valores da AESP (FIGURA 2).

Figura 2 – Missão, Visão e Valores da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará, Brasil



O desenvolvimento da Matriz Curricular Nacional foi uma das ações impulsionadas pelo projeto político internacional para segurança pública, visando que a formação policial no Brasil sirva, dentre outros objetivos, para difusão do conceito de segurança pública encampado pela Organização das Nações Unidas (Viana, 2018).

Assim, ocorreu uma mudança no modelo de formação, antes era mais próximo da ideologia própria à ditadura militar, atualmente remete as novas configurações da sociedade brasileira, principalmente devido à promulgação da CF de 1988 e o fim do regime militar no país (Lima, 2021). Essa nova formação humanizada dos policiais militares pode ser entendida como um “acontecimento”, devido à substituição de discursos antigos pela proliferação de novas falas (Rondon Filho; Silva, 2017).

No entanto, apesar das mudanças, essa formação ainda necessita ser repensada. Um dos grandes problemas citados pelos próprios policiais, seria o afastamento entre os alunos oficiais e praças, devido não existir nada voltado para a aproximação destes dois “mundos”, somente a referência distante de que um dia, uns estarão no comando e outros obedecendo. Neste sentido, eles são formados em mundos paralelos e, como tal, nunca se comunicam; todavia, quando vão atuar nas suas unidades operacionais, essa atuação é conjunta (Pereira; Santos, 2018).

Em relação ao que é ofertado na academia, existem algumas disciplinas que são fundamentais, principalmente, porque esses profissionais trabalham diretamente com o ser humano, seja com o público interno ou com a comunidade externa, a ética é um ponto essencial na carreira do oficial de polícia (Lima, 2021).

O desempenho da atividade policial militar coloca o profissional frente a situações que, muitas vezes, exigem de sua parte um controle emocional e o emprego de recursos cognitivos maiores do que pode oferecer. São situações ameaçadoras, causadoras de estresse que desequilibram emocionalmente o profissional gerando grave desgaste psicológico. A maioria dos policiais não tem compreensão precisa do que é o estresse, sendo importante falar sobre esses pontos no curso de formação (Rondon Filho; Silva, 2017).

O PM deve entender as desigualdades e injustiças sociais e enxergar que os indivíduos são produtos dessas desigualdades, dessa forma, podem ser inimigos em potencial a serem combatidos, por representarem a principal causa de perturbação da ordem e paz social. Além disso, o modelo militar de participação social torna-se um forte componente para condicionar e dirigir os alunos a inverter uma concepção democrática de que a polícia, tem por obrigação, servir à sociedade. Ao se desenvolver historicamente como instituição híbrida, com propósitos

preventivos e repressivos, se pautando, especialmente, por meio da repressão (Costa; Barros, 2017).

Sobre a técnica policial militar (TPM), ela possibilita o planejamento e execução eficiente das operações e atividades, sendo o saber teórico que dá subsídio à prática policial e estabelece como a polícia vai se relacionar com a sociedade, atuando proativamente ou reativamente. Esta é uma disciplina propriamente policial, pois aborda temas como o patrulhamento em viaturas e a pé, busca e apreensão, porte de arma, local de crime, busca pessoal, abordagens e cerco, capacitando os policiais a utilizarem seus instrumentos de trabalho (Maciel, 2019).

Acrescenta-se ainda, como período importante para a formação policial, a semana de adaptação ou “semana zero”, sendo o momento de “ruptura” dos futuros militares com a vida civil, seja ele praça ou oficial. Os alunos começam a serem testados, e a depender do desempenho, são “separados” entre quem tem vocação para ser policial ou não. Observa-se que, desde o início de seu processo formativo, os alunos são expostos a um ambiente organizacional que busca acender o velho *ethos* guerreiro, indo em desencontro com o que é pregado em sala de aula e pela própria matriz curricular da PM (Rodrigues, 2023; Pires; Albernaz, 2022).

Para além disso, os mesmos autores, enfatizam a importância de reformas, visando modernizar a PM. As escolas de formação deveriam ser o *locus* da mudança cultural visando e ajudando os policiais a ficarem cada vez mais próximos da comunidade.

Diante do exposto, observa-se a importância do curso de formação para essa categoria, visto que, serve como base para toda a carreira e, na maioria das vezes, é o primeiro contato dos futuros PM com o que realmente é ser um policial. Sendo importante focar nas disciplinas mais práticas, mas sem esquecer das que se remetem para humanização, ética, direitos humanos, entre outras, visando assim, deixar esses profissionais capacitados para toda e qualquer demanda que possa surgir.

#### 4 CARACTERÍSTICAS DO ADOECIMENTO BIOPSIKOEMOCIONAL ENTRE POLICIAIS MILITARES E O SEU PROCESSO DE MORTALIDADE

O ato de trabalhar se refere a toda atividade física ou intelectual exercida por uma pessoa cujo objetivo é produzir bens ou serviços. Apresenta um amplo contexto social por ser responsável, dentre outras coisas, em proporcionar prazer e satisfação a quem exerce. Além disso possibilita alívio da carga psíquica quando gera satisfação (Bensaïd *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2018).

Por vezes, as atividades laborais submetem os trabalhadores às demandas físicas, cognitivas e psicológicas que excedem a capacidade de enfrentamento dos indivíduos (Rabelo; Silva; Lima, 2018). Quando exposto a essas situações, o profissional desenvolve mecanismos de defesa, de modo consciente ou não, e quando estes são insuficientes ou falham, a doença se instala gradativamente ou de forma abrupta (Pereira; Tolfo, 2017).

Fato presente também entre os policiais militares, visto que as condições laborais nessa classe profissional têm sido comprometidas. A polícia atua, frequentemente, na base da força e do autoritarismo o que gera aumento das tensões e responsabilidades (Martins *et al.*, 2021; Sentone, 2023).

A presença de uma cultura de combate ao crime exige do agente máxima eficiência com menor tempo de resposta, fazendo com que o PM se afaste da figura de um servidor público comum e se aproxime da imagem “soldado guerreiro” (Antunes, 2019). As atividades executadas pelos policiais envolvem tensão, desgaste físico e mental, como o convívio com pessoas violentas e envolvidas em atividades criminosas; jornada de trabalho prolongada e desvalorização por parte da sociedade (Oliveira *et al.*, 2021).

Para além disso, o sentimento de receio em relação às práticas criminosas não é algo restrito somente aos cidadãos, muitos profissionais de segurança pública também sentem essa mesma insegurança, logo preferem se dirigir ao trabalho sem o uniforme de serviço, mesmo o deslocamento feito em veículos automotivos próprios para que não possam ser identificados. Destaca-se que, mesmo tendo o direito de andar armados, não se sentem seguros em realizar atividades rotineiras em suas folgas, pois é perceptível o receio de se tornarem vítima de uma ação criminosa pelo simples fato de ser policial (Saboya, 2017).

Ser policial é uma escolha muito desafiadora, principalmente em solo brasileiro. Ser policial feminina (PFEM) constitui uma característica que deixa a profissão ainda mais difícil. Quando se observa todas as limitações e impactos na saúde e qualidade de vida advindos da profissão, faz-se repensar sobre a importância da criação de políticas públicas voltadas para a

PFEM, em especial, devido aos processos de adoecimentos diferentes e particularidades próprias da mulher, como o período gravídico puerperal (Lopes; Ribeiro; Souza, 2021).

A saúde do PM pode ser influenciada por diversos fatores, a saber: (a) alimentação; (b) saúde física e mental; (c) meio ambiente; e (d) fatores genéticos. Assim, a corporação como um todo deve ser amparada pelo Estado, visto que é seu dever fiscalizar e prover recursos para um ambiente laboral saudável (Oliveira *et al.*, 2021; Martins *et al.*, 2021).

Os parâmetros de saúde são estabelecidos por aspectos individuais e socioambientais, podendo ser modificáveis ou não. Logo, os fatores individuais e ambientais influenciam na condição física e de saúde da população em geral (Júnior *et al.*, 2013). Entre os fatores individuais destaca-se o sexo, idade, renda, sono, composição corporal, atividade física, hábitos alimentares. Já os ambientais seriam o próprio ambiente, condições de trabalho, segurança, custo, consumo de álcool e tabaco, entre outros (Fermino; Reis, 2013; Kienteka; Fermino; Reis, 2014).

Como observado, tem sido mais comum os seres humanos adquirem patologias advinda das condições do trabalho, devido as pressões sofridas no âmbito laboral o que implica em uma menor qualidade de vida. A seguir, será detalhado algumas variáveis que podem impactar diretamente nas condições de saúde e qualidade de vida do policial militar.

#### 4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Há profissões que acarretam elevado risco, tanto epidemiológico quanto social, o que amplia significativamente as condições de saúde e a qualidade de vida. Destaca-se neste cenário a atividade policial, segundo seu modo laboral e de vida diferenciado, com a necessidade constante de manter o Estado de alerta, inclusive nos momentos em que não estão atuando (Minayo; Souza; Constantino, 2008; Sentone, 2023).

Acrescente também que para o PM reconhecer-se doente é ainda mais complicado, visto que envolve receios, medos e particulares. O enfermo evita falar sobre sua patologia, tenta escondê-la dos colegas de farda, amigos e familiares, muitas vezes por vergonha, devido uma cultura que relaciona a doença a “malandragem” (Nunmer; Cardoso, 2018).

Ao falar de gênero, é impossível dissociá-lo da relação de trabalho, principalmente em atividades laborais que são culturalmente masculinas. Fato encontrando na PM, pois a divisão técnica e sexual do trabalho constrói o lugar do policial militar a partir de um ideal de masculinidade e virilidade. Apesar do número de PFEM está em ascensão, ainda é muito

inferior quando comparado aos homens, o que pode dificultar ainda mais o trabalho das PFEM nesse cenário tão masculino (Antunes, 2019).

## 4.2 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE, COSTUMES, ESTILOS DE VIDA E MORTALIDADE

O estilo de vida é caracterizado por hábitos e comportamentos da rotina diária que podem impactar na saúde humana (Coelho *et al.*, 2017). Estudos apontam fragilidades no estilo de vida dos policiais militares associando aspectos individuais e coletivos, comportamentos que implicam em maior probabilidade de desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (Arroyo; Borges; Lourenção, 2019; Tavares *et al.*, 2021).

Destaca-se que as populações das grandes capitais brasileiras apresentam comportamentos alimentares com alto consumo de alimentos industrializados, além de obesidade e sedentarismo. Padrões que explicam parcialmente o aumento da mortalidade decorrente de causas cardiovasculares e neoplasias malignas (Streb *et al.*, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), fazem parte do grupo das DCNT as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer (CA) e Diabetes Mellitus (DM). Caracterizam-se por múltipla etiologia, curso prolongado, origem não infecciosa e associação com deficiências e incapacidades funcionais. Como fatores de risco, podem ser classificados em não modificáveis (sexo, idade, herança genética) e comportamentais ou modificáveis (tabagismo, alimentação não saudável, sedentarismo, consumo de álcool e obesidade), sendo potencializados pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais (Malta *et al.*, 2020; Melo *et al.*, 2019).

Estudos apontam que as taxas de morbimortalidade por fatores externos, problemas relacionados ao excesso de peso, doenças gastrointestinais e agravos cardiovasculares são maiores entre policiais que na população geral (Escócio *et al.*, 2020; Oliveira; Nascimento, 2020). Portanto, o trabalho policial os expõe ao desenvolvimento de algumas comorbidades, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia, hiperinsulinemia, doenças ateroscleróticas, estresse, irritabilidade e insônia (Araújo *et al.*, 2021).

A falta de exercícios físicos e de alimentação balanceada, pode acarretar em patologias, visto que implica em sobrepeso, dislipidemia, dores de origem ortopédica, cefaleia e enxaqueca. Além das complicações fisiológicas, encontra-se agregados outros problemas de ordem sociológica e psíquica, a saber: comportamento inadequado como alcoolismo, jogatina

descontrolada, comportamento agressivo, maior exposição a acidentes, ansiedade, insônia, explosões emocionais e vários tipos de dores crônicas (Barbosa *et al.*, 2018; Martins *et al.*, 2021).

Na Bahia, apesar dos PM relatarem qualidade de vida boa ou muito boa, a pesquisa revelou que o trabalho causa estresse e sofrimento psíquico, evidenciando que a qualidade de vida está fortemente ligada aos fatores sociais e psicológicos (Souza Leite *et al.*, 2019). Outro estudo apontou que policiais militares apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de patologias e agravos, como o uso do tabaco (3,9%) e consumo de bebidas alcoólicas (57,1%) (Nascimento *et al.*, 2020).

Em Fortaleza, pesquisa realizada na 9ª companhia do 1º Batalhão da Polícia Comunitária (BPCOM) em 2016, constatou que a maioria dos agentes considera o seu trabalho insatisfatório gerando demandas que causam adoecimento psicológico e físico. Assim como uma elevada morbidade associada com cargas excessivas de trabalho (Barbosa; Menezes, 2019). Devido ao regime de escalas e horários serem inflexíveis, chegando a desencadear problemas de saúde no sistema digestório, muscular e nervoso, com sintomas como dores no pescoço e nas costas ou na coluna, cefaleia, dificuldade de concentração, problemas de visão e insônia (Bernardo *et al.*, 2018).

A OMS já considera o estresse profissional como uma epidemia global, tal fato não é diferente com a atividade policial militar, o qual é diariamente exposto à insalubridade ocupacional e a violência diária, que se apresenta cada vez mais bárbara. No entanto, o PM acredita que precisa passar a imagem que costuma lhe ser atribuída de “homem de ferro”, o que impede na hora de expor seus sentimentos e buscar por ajuda, acarretando agravos para sua saúde mental (Anjos; Souza; Samaridi, 2018).

De acordo com o Anuário de Segurança Pública (2016) entre 2009 e 2015, 2.572 policiais foram mortos no Brasil, superior a todos os países. Como já mencionado, historicamente, o trabalho policial vem sendo exercido por homens, visto que, as funções de vigilância, proteção e repressão demandam características, como força física, coragem, combate, ação e desprendimento, que não estariam presentes nas mulheres (Antunes, 2019; Souza; Minayo, 2017).

Para além disso, é sabido que muitos homens não realizam cuidados de saúde por preconceito, como os exames de prevenção ao CA de próstata, optem pelo alcoolismo, tabagismo, uso irregular de preservativos e, em alguns casos, atos violentos (Medeiros; Cabral, 2019).

O PM vive em posição de constante alerta, oriundo das diversas situações de risco a que está exposto, convivendo com o perigo, lidando com crimes de toda a ordem, violência generalizada e observando cotidianamente a face mais cruel do homem, a qual se revela pelo desprezo à vida do outro. Destaca-se que a pessoa quando submetida a ocasiões constantemente estressantes está mais propensa a sofrer com problemas psíquicos, podendo ser acometida por depressão, síndrome de *Burnout*, ansiedade, crises de pânico, insônia, entre outros (Anjos; Souza; Samaridi, 2018; Martins *et al.*, 2021; Sentone, 2023).

A pressão constante a qual esses profissionais vivem pode alterar sua maneira normal de agir e pensar, levando a sensações de medo, fuga, desespero e, até mesmo, um raciocínio conturbado, dificultando a realização de atividades no seu dia a dia e o estabelecimento de prioridades (Carneiro *et al.*, 2019).

De acordo com a Coordenadoria de Saúde, Assistência Social e Religiosa do Ceará (CSASR), em Fortaleza, aproximadamente 286 PM, por mês, pedem afastamento devido aos problemas psicoemocionais e, só no ano de 2019, foram registrados sete suicídios na capital do Ceará (PMCE, 2021). Logo, o cansaço físico e a falta de equilíbrio emocional podem levar os policiais a adotarem atitudes irracionais durante crises e situações caóticas, ocasionando ineficácia no desempenho do exercício profissional, o que expõe a população e os próprios policiais a perigos em potencial (Nunmer; Cardoso, 2018).

Ressalta-se que os atos suicidas são advindos de uma complexa interação entre vários fatores, como biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais, ambientais, entre outros, logo, trata-se de um fenômeno complexo devido à sua multicausalidade. Segundo o Relatório Global para Prevenção do Suicídio de 2014, aproximadamente 800 mil pessoas comentem suicídio ao ano (11,4 mortes para cada 100 mil habitantes) no mundo. Ou seja, uma morte a cada 40 segundos, e cerca de 75% dos suicídios ocorre em países de baixa e média renda. Dentre os métodos utilizados, destacam-se o envenenamento, enforcamento e armas de fogo (Dantas, 2019; Porto; Silva, 2018).

A presença de diagnósticos de doenças mentais entre profissionais militares que estão diretamente relacionados às condições laborais, demandam relevante atenção, haja vista que pode incapacitar o agente total ou parcialmente, reduzindo sua autonomia e aptidão cognitiva (Anjos; Souza; Samaridi, 2018; Martins *et al.*, 2021).

Corroborando com essa ideia, pesquisa realizada com PM da região metropolitana de Florianópolis mostrou alta prevalência de licença do trabalho para tratamento de saúde associado aos transtornos mental e comportamental. Diante do exposto, deve-se buscar estratégias de prevenção e enfrentamento para tal agravo (Dorneles *et al.*, 2017).

Como observado, os problemas físicos e mentais dos policiais militares podem ser explicados pelo constante estresse advindo da própria profissão, associado a jornada de trabalho exaustiva, insegurança, medo da morte, dentre outros. Características peculiares da profissão torna o policial exposto aos riscos nutricionais, sedentarismo e conseqüentemente as DCNT, fatores que impactam significativamente no processo de morbimortalidade desses policiais.

#### 4.3 DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS

As condições e a organização do trabalho têm impacto indireto, mas acumulativo sobre a saúde do indivíduo (Cavalcante *et al.*, 2020). O trabalho pode influenciar e até determinar aspectos da vida física e psíquica, as formas de agir, de pensar e até mesmo de perceber o mundo ao seu redor (Ribeiro; Aguiar; Andrade, 2018).

Os autores supracitados acrescentam que, se a função exige esforços físicos ou intelectuais pode acarretar danos severos à saúde, visto que, está ligado com a construção da identidade do sujeito e, por esta razão, a condição laboral deve ser levada em consideração ao tentar compreender o processo de morbimortalidade.

Ao observar o trabalho exercido pelo policial militar, os mesmos estão expostos a vários riscos advindos da própria profissão (Pires; Albernaz, 2022; Pita, 2022). Assim, devido a sua complexidade, essa atividade laboral qualifica-se em três dimensões, a saber: (a) institucional (agente do Estado); (b) espaço organizacional (organização pública que presta serviços à sociedade); e (c) dimensão da profissão desempenhada (características sociais, físicas e psicológicas na relação com o seu trabalho) (Torres; Oliveira; Silva, 2018).

Diante do exposto, as legislações trabalhistas passaram a reconhecer os fatores de saúde, em especial a saúde mental, relacionados as atividades laborais, além de responsabilizar as instituições laborais pela gestão do processo de saúde e adoecimento associados ao trabalho. Assim as políticas de saúde e segurança ocupacional merecem destaque por serem estratégias poderosas e de longo alcance (Potter *et al.*, 2019).

Para além disso, as políticas de saúde coletiva devem impactar diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores, e através das redes de assistência à saúde torna-se possível a promoção de um ambiente propício para a articulação entre o cuidado em saúde e o trabalho (Garbin *et al.*, 2021). A Política Nacional de Promoção da Saúde sinaliza a relevância de identificar os fatores associados ao comprometimento do bem-estar de quem trabalha, visando melhorar a qualidade de vida para reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde funcional o que impacta diretamente nas causas de óbitos desses profissionais (Brasil, 2006).

Para além disso, ressalta-se que a atividade laboral do policial militar se divide em administrativo e ostensivo. O primeiro tem a função de comando e exerce suas atividades voltadas para serviços internos dentro dos batalhões e companhias. Por outro lado, o policial ostensivo rotineiramente exerce suas atividades nas ruas, devendo estar sempre pronto para o “combate”, o que exige ótimo condicionamento físico (Winter, 2019).

Acrescente ainda que policiamento ostensivo, em especial da graduação soldado, compõe mais da metade da corporação (Souza Leite *et al.*, 2019). Pesquisa realizada em Sergipe com 254 policiais militares apontou que destes, 37,4% exercia suas atividades no administrativo e 62,6% em serviços operacionais (Nascimento *et al.*, 2020).

Em relação a jornada de trabalho, o PM costuma cumprir uma escala de 6, 8 ou 12 horas de serviço a depender de seu posto, fora as horas extras, implicando assim em estresse, dieta desbalanceada, causando aumento de peso e da circunferência abdominal, o que pode acarretar em problemas para sua qualidade de vida e vulnerabilidade a doenças crônicas (Santos; Viana; Silva, 2020). Corroborando com essa ideia, o estudo realizado com a PMCE, apontou que 51,7% da amostra realizava escala extra na polícia e o tempo de serviço na segurança pública foi de até 15 anos (Carvalho, 2020).

Destaca-se que as patologias podem variar de acordo com a função exercida. As doenças musculoesqueléticas, por exemplo, são mais frequentes nos policiais administrativos, os mesmos reportam dores na região dorsal e lombar; já os operacionais, as queixas álgicas estão mais presentes nos membros inferiores (Martins *et al.*, 2020).

Diante do exposto, observa-se que, independentemente do posto ocupado, o PM está sujeito a adquirir problemas de origem orgânica/física e/ou mental. Mostrando assim a importância de ações serem implantadas nos batalhões e estas devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional, visando principalmente a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

### 4.3.1 Organização e processo do trabalho do PM

Existem alguns conceitos que são importantes conhecer. A organização do trabalho compreende além da divisão e conteúdo da tarefa, a hierarquia, modalidades de comando, relações de poder, questões de responsabilidade, entre outras coisas. Em relação ao processo de trabalho, são utilizados conceitos fundamentais da ergonomia que divide o trabalho em dois, o prescrito, vinculado às regras e aos objetivos postos pela organização do trabalho; e o real, o que de fato é feito, são os ajustes que o trabalhador faz (Moreira; Silva, 2019).

Acrescente também a definição de espaço organizacional de uma empresa, trata-se de como se desenvolve o inter-relacionamento, seja com outras empresas, grupos externos, profissionais ou não, ou com os próprios companheiros (Ribeiro; Aguiar; Andrade, 2018). Na PM, o grupo externo de relacionamento seria a população, logo, dependendo da qualidade dos serviços e da aceitação eles alcançam ou não os objetivos. Por outro lado, o público interno é composto pelo efetivo de oficiais e praças, além de funcionários civis do Estado (Torres; Oliveira; Rodrigues, 2018).

Outro ponto que gera influência no processo de saúde e doença é o clima organizacional. No universo policial, o trabalho prescrito é imperativo, pois as práticas de abordagem bem como as questões hierárquicas são implantadas desde a formação, o que direciona para uma cultura de obediência sem questionamento e submissão, implicando em mecanismos de vigilância generalizados e adoecimentos em grande escala (Antunes, 2019).

Ressalta-se ainda que o Brasil possui altos índices de mortes violentas intencionais e o Nordeste se destaca (Santos; Santos, 2019), devido dois Estados apresentam as maiores taxas de letalidade, o Rio Grande do Norte (68,0/100.000 hab.) e Ceará (59,1/100.000 hab.) (Melo; Paiva, 2021) o que impacta diretamente no trabalho policial. Estudo mostrou que aproximadamente 90,0% dos PM afirmaram já ter sofrido qualquer tipo de violência ou conhecer outro policial que sofreu, tendo vivenciado até quatro episódios violentos (77,5%), agravo que implica tanto em sequelas físicas (26,3%) quanto psicológicas (23,3%) (Carvalho, 2020).

Destaca-se também o crescimento e intensificação da atuação das facções criminosas no Ceará impondo regras de comportamento e códigos de conduta por meio dos quais realizam “julgamentos” e assassinatos como forma de punição (Paiva, 2019). Em 2016 foi criada a Guardiões do Estado, que a princípio seria um “braço” do PCC, mas tomou grandes proporções sendo responsabilizada pelo recorde de homicídios em 2017 instalando um clima de pânico na

população devido a perpetração de atos violentos contra coletivos e prédios públicos (Colaço *et al.*, 2021).

Em relação a epidemiologia, de 2014 a 2019 o Ceará registrou um total de 23.773 crimes classificados como CVLI, destes 96,93% foram homicídios dolosos; 1,71% latrocínio; 1,0% lesão corporal seguida de morte e 0,36% registrados como feminicídio. Quanto ao sexo da vítima, prevalece o sexo masculino (92,55%). Nos crimes violentos, 89,07% foi utilizado armas de fogo, indicando uma extrema violência e fácil acesso a esse instrumento. Os finais de semana (47,84%) reúnem o maior número de incidentes, em especial o turno da noite (41,66%) (Oliveira Júnior, 2020).

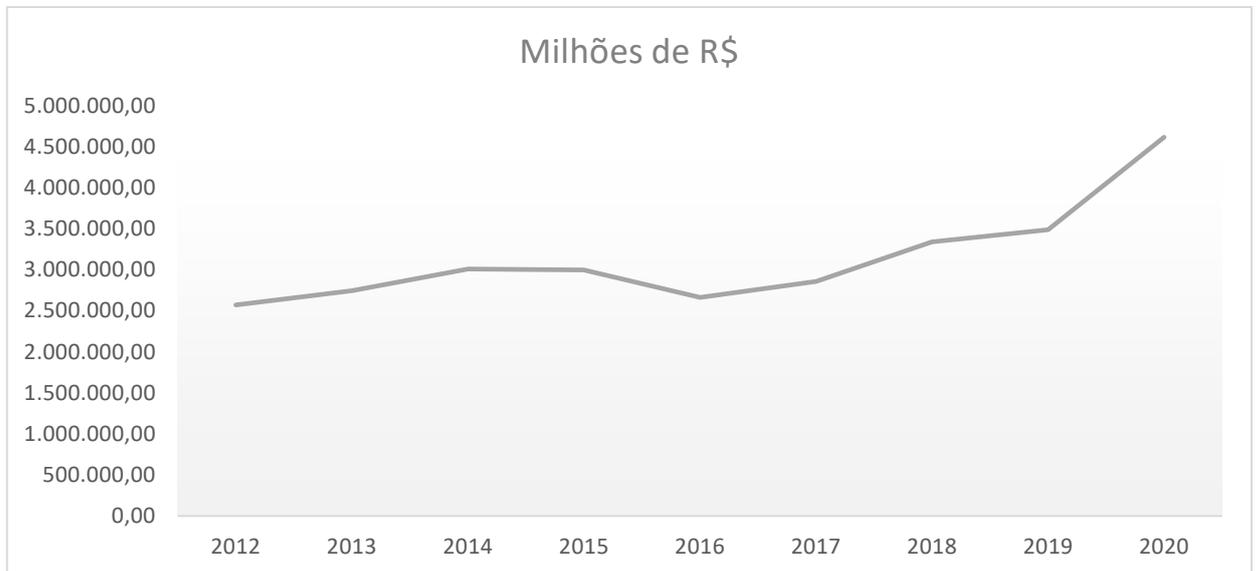
Diante dessa situação a população demonstra grande insatisfação fazendo com que os governantes destinem cada vez mais recursos financeiros para a segurança pública, usados para compra de mais viaturas, armamentos e investimentos em tecnologias de comunicação, visando a diminuição dos índices de criminalidade e aumento da sensação de segurança percebida pela população (Bueno *et al.*, 2019), visto que no imaginário popular, a presença de mais policiais nas ruas inibe a criminalidade (Costa, 2018).

No Ceará, no ano de 2021, de acordo com dados da SSPDS têm-se 30.804 policiais militares e em serviço o total é de 20.824 PM. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) esse Estado possui 9.187.103 habitantes (IBGE, 2021). Tomando como referência o estudo de Wilson e Weiss, que aponta, tanto para áreas urbanas como rurais, a necessidade de 1,5 a 2,5 policiais para cada mil habitantes, o Estado estaria dentro da média (Wilson; Weiss; Grammich, 2012).

Considerando o repasse das despesas para segurança pública, os Estados e o Distrito Federal são os entes que possuem a maior participação no financiamento dessa área, sendo responsável pela administração e manutenção das polícias civil e militar, alocando 80,9% do total das despesas, em 2020 representou 1,6% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (Peres, 2024).

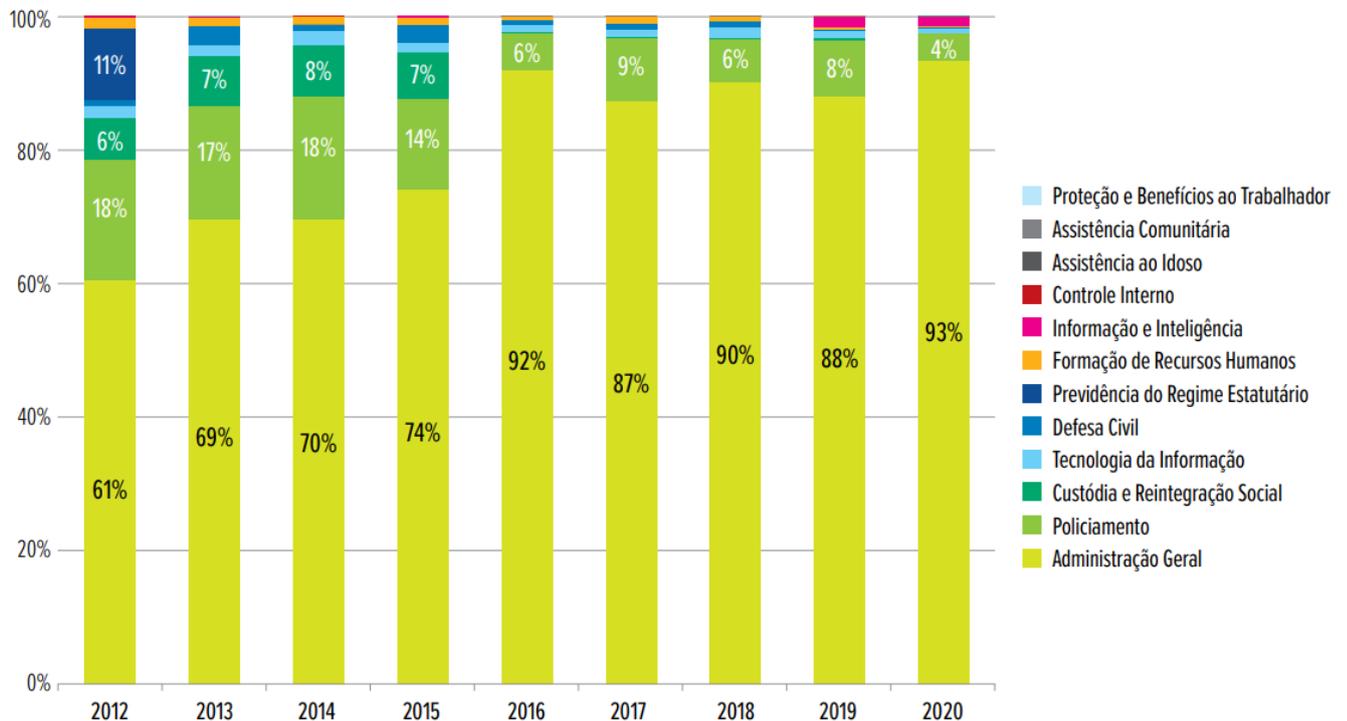
O mesmo autor aponta semelhança na trajetória do gasto com segurança pública pelo Estado do Ceará, entre os anos de 2012 e 2020, apenas com ponto destoante no ano de 2020 (GRÁFICO 1). Sobre a subfunção, em 2012, a Administração Geral ocupava 61,0% do gasto total com Segurança Pública. E entre 2012 e 2020, observa-se uma progressiva ampliação do uso da subfunção Administração Geral (FIGURA 3). Acrescente-se ainda que em 2020, o Ceará gastou 54,0% (n= 2.492.375.407,24 R\$) desse orçamento com a PM.

Gráfico 1 – Despesas empenhadas com Segurança Pública no Estado do Ceará entre os anos de 2012 e 2020, Fortaleza, 2021



Fonte: Portais de Transparência do Ceará (em milhões de R\$ - valores de 2021) (Peres, 2024).

Figura 3 – Composição das despesas empenhadas com Segurança Pública no CE, por subfunção – 2012 a 2020, Fortaleza, 2021



Fonte: Despesas extraídos do Portal de Transparência do Ceará (Peres, 2024).

O Fundo Nacional de Segurança Pública (FNSP), criado na esfera do Ministério da Justiça, tem como objetivo apoiar projetos na área de segurança pública e prevenção à violência, enquadrados nas diretrizes do plano de segurança pública do Governo Federal. Administrado

por um Conselho Gestor, apoia projetos na área de segurança pública, destinados a reequipamento, treinamento e qualificação das polícias civis e militares, corpos de bombeiros militares e guardas municipais; sistemas de informações, de inteligência e investigação, bem como de estatísticas policiais; estruturação e modernização da polícia técnica e científica; programas de polícia comunitária e programas de prevenção ao delito e à violência, dentre outros (Brasil, 2021).

Neste sentido, inúmeras são as exigências no ambiente de trabalho militar advinda de rigorosa disciplina e associada ao crescente aumento da violência, questões orçamentarias ou estigma social, torna o modo de viver e de trabalhar dos policiais como um dos mais desgastantes (Arroyo; Borges; Lourenção, 2019). Devido ao fator risco de vida combinado com a violência nas ruas e a precariedade com os instrumentos de trabalho como coletes vencidos, armas que falham ao disparar, viaturas sucateadas e ainda um aumento significativo de policiais adoentados (Ribeiro; 2021).

Logo, observa-se que o trabalho tem para o ser humano uma função que vai além do retorno financeiro, ele torna-se fundamental para a construção da identidade e manutenção da saúde funcional. Contudo, algumas condições podem gerar no trabalhador sentimentos antagônicos, interferindo em sua qualidade de vida, por isso a importância de investimentos para esse setor (Silva; Zanatta; Lucca, 2017).

Investimentos estes voltados não só para a capacitação dos profissionais, mais para compra de materiais, Equipamentos de Proteção Individual e insumos com o intuito de oferecer uma qualidade laboral digna para a corporação, tentar minimizar os riscos advindos da própria profissão e melhorar a assistência prestada à população.

#### 4.4 MORTALIDADE ENTRE POLICIAIS MILITARES E POPULAÇÃO GERAL

No Brasil, apesar de ser um país em desenvolvimento, o perfil da mortalidade e suas causas vem passando por um período de transição, se assemelhando cada vez mais as características de mortalidade de países desenvolvidos. Grande maioria da população adulto jovem (20 e 30 anos) e adultos médios (30-50 anos) vão a óbito devido às causas externas, como violência e acidentes, já os que se classificam na faixa etária de maturidade (50-65 anos) e idosos (65 anos ou mais) a mortalidade é devido aos agravos advindos do sistema cardiovascular e nervoso (Cruz, 2018; Sanchis, 2022).

Ao analisar as causas gerais de mortalidade na população deve-se levar em consideração a mudança etária que o Brasil vive, determinada pela globalização, o que fez a

população envelhecer (Oliveira-Campos; Cerqueira; Rodrigues Neto, 2011). Diante desse cenário, ocorreram mudanças consideráveis na distribuição de óbitos por faixa etária e nas causas, passando de um público mais jovem para o mais envelhecido e de doenças transmissíveis para não transmissíveis (Mrejen *et al.*, 2021).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam a maior causa de morbidade e mortalidade a nível mundial (Malta *et al.*, 2019), sendo responsável por aproximadamente 41 milhões de mortes ao ano e, desses, 15 milhões representam mortes prematuras, mais presente na faixa etária de 30 a 69 anos (OMS, 2022). No Brasil, em 2019, a mortalidade geral por DCNT correspondeu a cerca de 76,0% do total de óbitos e 66,1% foi devido a causas prematuras (Malta *et al.*, 2020).

As DCNT atribuíram uma carga significativa e crescente sobre os sistemas de saúde e econômico dos países, esse é reduzido em até 0,5% para cada incremento de 10,0% na mortalidade por esta causa, por isso, se destacam entre as principais ameaças globais ao desenvolvimento econômico, bem como à saúde e ao bem-estar das populações, assim, torna-se essencial o seu monitoramento (Kwon *et al.*, 2020).

Acrescenta-se ainda a diferença por sexo. Estudo realizado em Minas Gerais apontou três principais causas de morte para a população geral, a saber: (a) doenças cardiovasculares; (b) neoplasias e; (c) doenças do aparelho respiratório. No entanto, as mortes associadas às causas externas geralmente ocupam a primeira posição das principais causas de mortalidade no grupo etário jovem masculino (Souza; Siviero, 2015).

Outra pesquisa que analisou os dados das capitais brasileiras através da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizado em 2019, trouxe que menos de 10,0% da amostra era tabagista e cerca de um quinto dos indivíduos referiu consumo abusivo de álcool (18,8%). Mais da metade dos indivíduos estava acima do peso (52,6%), não praticava pelo menos 150 minutos de atividade física por semana (55,2%), não se alimentava regularmente (77,1%), e 15,0% referiu consumo regular de refrigerante. Destaca-se ainda que dos 52.443 participantes a maioria era do sexo feminino (54,0%), contudo o sexo masculino apresentou as maiores prevalências nos comportamentos de risco para DCNT, com exceção apenas na prática insuficiente de atividade física (Meller *et al.*, 2022).

Ao comparar a mortalidade no policial militar, devido às características do regime de trabalho dos agentes, além de todos os fatores já mencionados voltado para a exposição a violência, eles também podem sofrer alterações no ritmo circadiano e distúrbios do sono, sem esquecer dos hábitos de vida (Garbarino; Magnavita, 2019).

Um estudo realizado com policiais de Nova York, com análise temporal (1950-2005), observou um aumento significativo nas taxas de mortalidade para todas as causas, entre elas, neoplasias, cirrose hepática e doenças do sistema circulatório (Vena *et al.*, 2014). No Brasil, estudo com policiais (civis e militares) e guardas municipais do Rio de Janeiro trouxe as causas externas (agressões e acidentes de trânsito) como as principais causas de morte no período entre 1994 e 2004 (Souza; Minayo, 2005).

Outra pesquisa realizada com PM no Distrito Federal, à luz da Psicodinâmica do Trabalho, apontou que o contexto e a própria natureza dessa atividade laboral acarretam dificuldades e são potenciais desencadeadores de patologias, se não tratadas, podem levar ao óbito. O sentimento de fraqueza voltado para o rigor e as pressões advindas da hierarquia militar e a lacuna entre o trabalho real e prescrito compõem as falas dos agentes. Para além disso, as jornadas excessivas de trabalho, alto grau de esforço físico, trabalhos noturnos sob tensão, exposição às variações climáticas também surgem como fatores promotores de episódios de morbimortalidade (Ferreira; Dias, 2022).

Em suma, esse grupo de trabalhadores tanto podem ir a óbito por câncer ou doenças cardiovasculares, como apresentam maior exposição a situações de risco inerentes a própria profissão, implicando em aumento nas causas externas de morte, em decorrência de violência interpessoal e suicídio (Mona; Chimbari; Hongoro, 2019).

Ao fazer uma análise geral, observa-se que as doenças e os agravos não transmissíveis perpassam por todas as classes sociais, visto que apresentam uma etiologia complexa e fatores de risco influenciados tanto pelo estilo e condições de vida como pelas desigualdades sociais (Mrejen *et al.*, 2021). Logo, constituem um problema de saúde pública de grandes proporções e são responsáveis por um elevado número de mortes prematuras, principalmente quando se observa populações mais vulneráveis.

## 5 SAÚDE PÚBLICA E MORTALIDADE

Devido ao seu grau de registro, disponibilidade de dados e incontestabilidade do evento, o estudo sobre mortalidade trata-se de uma ferramenta adequada para embasar e avaliar a situação da saúde, servindo também para elaboração e avaliação dos programas de saúde vigentes (Costa *et al.*, 2020).

Como observado, o Brasil apresenta um cenário epidemiológico com predominância de morbimortalidade por DCNT, assim vários compromissos nacionais e internacionais foram estabelecidos visando à redução desses agravos: Plano de Ações Estratégicas no Brasil 2011–2022; o Plano Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, que visa reduzir a mortalidade por DCNT em um terço até 2030 (Persaud; Dagher, 2021; Silva *et al.*, 2022; Szwarcwald; Stopa; Malta, 2022; Wehrmeister; Wendt; Sardinha, 2022).

No contexto epidemiológico, a causa do óbito vem sendo usada para a geração de hipóteses sobre a etiologia e acompanhamento de mudanças nos padrões das doenças e agravos, além de descrever a morbimortalidade em grupos populacionais e áreas geográficas. Logo, esse indicador representa uma das principais fontes de informação por servir de base para o cálculo de estatísticas vitais e epidemiológicas (Rouquayrol; Gurgel, 2021).

No país, os dados de mortalidade são oriundos das Declarações de Óbito (DO) (ANEXO B). Implantada em 1976, composta de três vias autocopiativas, pré-numeradas sequencialmente, que alimentam o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), uma base de dados do Ministério da Saúde (MS). Trata-se de um documento preenchido, privativamente, pelo profissional médico (Lei n.º 6.015/1973; Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.779/2005; e Portaria n.º 116/2009) ou a partir de relatos de testemunhas para registro em cartório de registro civil. Sendo utilizada pelos cartórios para a emissão de Certidão de Óbitos (Figueirôa *et al.*, 2019; Pereira; Tauil; Godoi, 2021).

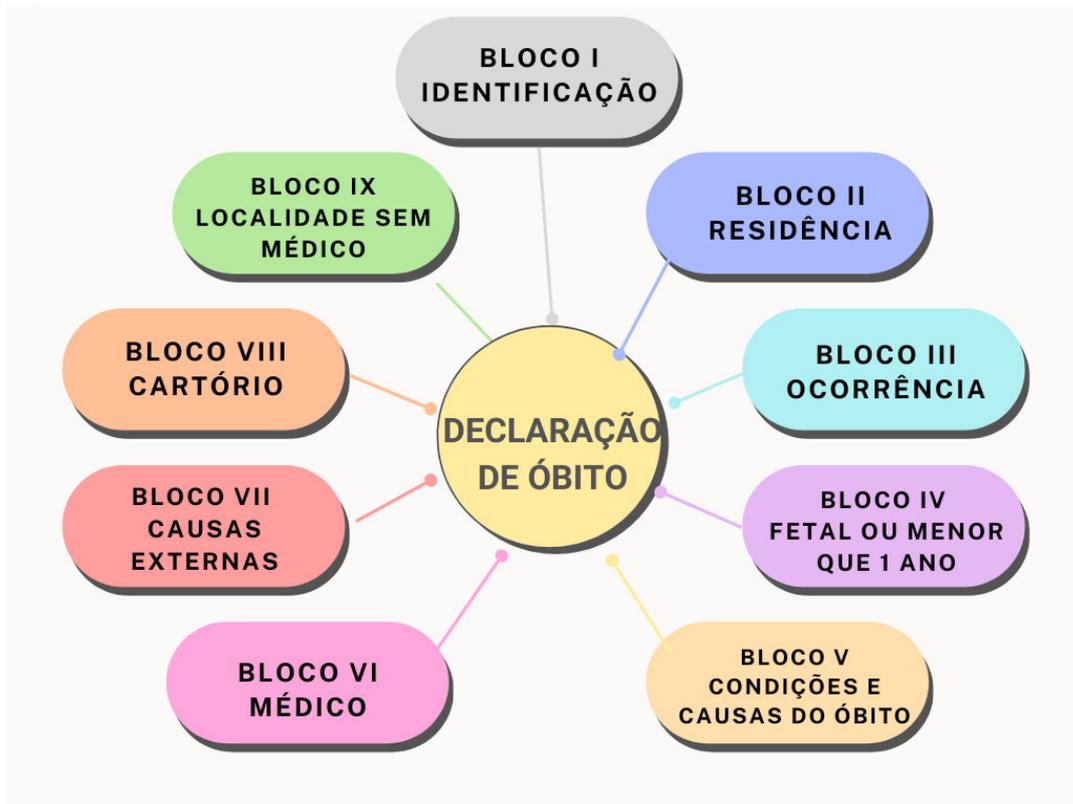
A versão atualmente em uso da DO foi atualizada em 2014 e é composta por 59 variáveis distribuídas em nove blocos (FIGURA 4). Em relação aos fluxos, eles dependem do tipo de óbito e local que aconteceu, a saber (Gianini; Anjos, 2019):

- Óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde:
  - 1ª via (BRANCA) - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Vigilância Epidemiológica;

- 2ª via (AMARELA) - representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento;
- 3ª via (ROSA) - unidade, para arquivar no prontuário do falecido.
- Óbitos naturais ocorridos fora dos estabelecimentos de saúde e com assistência médica:
  - 1ª Via (BRANCA) e 3ª via (ROSA) - SMS, na Vigilância Epidemiológica; e
  - 2ª via (AMARELA) - representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório, o qual reterá o documento.
- Óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparecerá ao Cartório do Registro Civil solicitando o preenchimento das três vias da DO:
  - 1ª (BRANCA) e 3ª via (ROSA) - Cartório, para posterior coleta pela SMS responsável pelo processamento dos dados; e
  - 2ª via (AMARELA) - Cartório, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.
- Óbitos por causas acidentais e/ou violentas, o médico legista do Instituto Médico Legal (IML) deverá preencher as três vias da DO:
  - 1ª via (BRANCA) - SMS, na Vigilância Epidemiológica;
  - 2ª via (AMARELA) - representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório, o qual reterá o documento;
  - 3ª via (ROSA) - IML.

O Brasil possui duas fontes oficiais responsáveis pela produção contínua das estatísticas sobre óbitos: a Fundação IBGE e o Ministério da Saúde. Em relação ao SIM, este foi criado em 1975, com o objetivo de apreender dados sobre o óbito visando fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde (Marinho, 2019).

Figura 4 – Distribuição dos nove blocos da Declaração de Óbito, Brasil, 2023



Fonte: Secretária de vigilância em saúde, 2023.

Atualmente, na esfera federal, o SIM está sob a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) especificamente, da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE), responsável pela organização nacional de todos os componentes da plataforma, inclusive pelas questões inerentes ao seu documento-padrão (Brasil, 2022).

No entanto, a análise da mortalidade possui algumas limitações, como o mau preenchimento da DO advindo da falta de treinamento na formação médica. Por vezes o profissional da medicina se encontra pela primeira vez com uma declaração de óbito no mesmo tempo em que se vê na obrigação legal de preenchê-la. Devido à necessidade do documento para o sepultamento, é preenchido sem levar em consideração a sua importância para a saúde pública, fato que resulta em prejuízo na qualidade da informação de mortalidade (Pereira; Tauil; Godoi, 2021; Silva *et al.*, 2013).

Embora se tenha observado uma melhora na cobertura do SIM e no preenchimento da DO nas últimas décadas, ainda se torna indispensável a adoção de técnicas para correção dos subregistros desses óbitos, dos dados que faltam e do registro excessivo das causas *garbage*<sup>1</sup> (CG), de forma a minimizar vieses nas estimativas de mortalidade (Malta *et al.*, 2023; Marinho *et al.*, 2019).

Importante destacar o trabalho realizado pelos codificadores da causa básica de morte, eles são responsáveis pela identificação e atribuição de um código do CID em vigor. Para isso recebem treinamento especializado em cursos apropriados. Devido a escolha dessa causa seguir regras uniformes e padronizadas, muitas doenças e lesões mencionadas na DO não podem ser selecionadas como causas básicas e, por isso, não aparecem nas estatísticas de mortalidade (Gianini; Anjos, 2019).

Para além disso, é importante frisar que a morte, quando ocorre numa etapa da vida de alta produtividade, impacta de forma negativa na coletividade. O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) traz o somatório de anos de vida em potencial perdidos a cada óbito e qualifica esta morte. Assim, torna-se importante conhecer o perfil das mortes evitáveis para melhorar os programas de saúde que objetivam reduzi-las, sabendo-se que para torná-las exequíveis o sistema de saúde precisa criar ações de promoção da saúde e proteção de agravos e doenças (Banzatto, 2021; Souza; Siviero, 2020).

O monitoramento de indicadores em saúde, sejam voltadas para as doenças e agravos ou cobertura de saúde, é imprescindível para o acompanhamento da saúde da população (Wehrmeister; Wendt; Sardinha, 2022). Diante do exposto, observa-se que as estatísticas de mortalidade possuem grande relevância para a saúde pública, por constituírem importantes indicadores das condições de saúde da população, permitindo a identificação de grupos de maior risco e orientando o planejamento e implantação de programas de saúde, bem como avaliando seus resultados.

---

<sup>1</sup>Os diagnósticos classificados nas declarações de óbito como causas *garbage* são códigos mal definidos ou pouco específicos, o que torna inadequado utilizá-los do ponto de vista da saúde pública. As CG consideradas prioritárias pelo MS foram: septicemia (códigos CID-10 A40 a A41), neoplasia não especificada (C26, C55, C76, C78, C79 e C80), hipertensão essencial (I10), embolia pulmonar (I26), insuficiência cardíaca e cardiopatias não especificadas (I50 e I51.1), AVC não especificado e sequelas de AVC (I62.1, I62.9, I64, I67.4, I67.9, I69.4 e I69.8), pneumonia (J15.9 e J18), insuficiência respiratória e outros transtornos respiratórios (J96 e J98), insuficiência renal (N17 e N19), causas mal definida (R00-R99, exceto R95), acidentes de transporte não especificados (NE), homicídios NE (V87.0, V87.1, V87.4 a V87.9, V89 e V99), e causas externas com intenção indeterminada e acidentes NE (Y10 a Y34 e X59) (Oliveira *et al.*, 2019).

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GERAL**

Estudar os indicadores de mortalidade dos policiais militares comparando-os com a população geral residentes do Ceará, entre 2011 e 2021.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos policiais militares e da população geral residentes do Ceará que foram a óbito entre os anos de 2011 e 2021;
- Identificar as causas de óbito dos policiais militares e da população geral residentes do Ceará entre os anos de 2011 e 2021;
- Comparar a tendência temporal e a distribuição espacial da mortalidade entre os policiais militares e a população geral residentes do Ceará nos anos de 2011 e 2021;
- Avaliar os anos potenciais de vida perdidos dos policiais militares e da população geral residente do Ceará entre os anos de 2011 e 2021.

## 7 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal analítico e ecológico de tendência temporal e espacial realizado através de uma análise situacional dos óbitos de policiais militares e população geral residentes no Estado do Ceará, a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponibilizados eletronicamente pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), entre 2011 a 2021.

### 7.1 FONTE DE DADOS

Os dados utilizados para a pesquisa são secundários e foram extraídos da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Estado do Ceará. Sobre a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), estes foram extraídos do Ministério do Trabalho e Emprego, e os dados e estatísticas populacionais do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico2022.html?=&t=resultados>) e do Ceará Transparente ([https://ceartransparente.ce.gov.br/portal-da-transparencia/servidores?locale=pt-BR&\\_\\_=\\_\\_](https://ceartransparente.ce.gov.br/portal-da-transparencia/servidores?locale=pt-BR&__=__)), para a população cearense e PMCE, respectivamente.

O SIM foi desenvolvido em 1975, pelo Ministério da Saúde, os dados são de atribuição dos Estados e municípios, através de suas respectivas secretarias de saúde, esse fato se baseou na premissa de descentralização. Sua coleta é realizada através da declaração de óbito e toda a alimentação do sistema se faz via internet (Morais; Costa, 2017).

O preenchimento da DO é realizado pelo profissional médico, de acordo com as legislações vigentes. Destaca-se que são emitidas três vias pré-numeradas e sua distribuição é atribuída ao MS, que repassa aos Estados e esses aos municípios. As DO em nível de SMS são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SIM. Em seguida, os dados são transferidos para esfera estadual que os agrega e envia-os à esfera federal, mas especificamente secretaria de vigilância à saúde onde é gerido (Saito *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2013).

## 7.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população dessa pesquisa foi composta por policiais militares em qualquer tipo de modalidade de policiamento e a população geral, ambos residentes no Ceará, que foram a óbito entre 01 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2021.

Os dados foram extraídos do SIM, Sistema Estadual – Ceará, versão 3.2, atualização 3.2.3.0 ([http://172.29.0.123/sim\\_Estado/default.asp](http://172.29.0.123/sim_Estado/default.asp)). Se considerou como critério de inclusão os óbitos de policiais militares de ambos os sexos, selecionados pelo Código Brasileiro de Ocupação (QUADRO 2), entre 2011 e 2021. E a população geral que foi a óbito no mesmo período, de ambos os sexos. Em relação as causas de óbito, foram considerados as causas segundo capítulos do Código internacional de doenças, 10ª revisão (CID-10).

Quadro 2 - Filtro utilizado no Sistema de Informação sobre Mortalidade para coleta de dados nas categorias: Código ocupação e Ocupação. Brasil, 2022

<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>CÓDIGO DE OCUPAÇÃO</b>
Cabo da Polícia Militar	021205
Capitão da Polícia Militar	020205
Coronel da Polícia Militar	020105
Major da Polícia Militar	020115
Primeiro Tenente da Polícia Militar	020305
Sargento da Polícia Militar	021110
Segundo Tenente da Polícia Militar	020310
Soldado da Polícia Militar	021210
Subtenente da Polícia Militar	021105
Tenente-coronel da Polícia Militar	020110

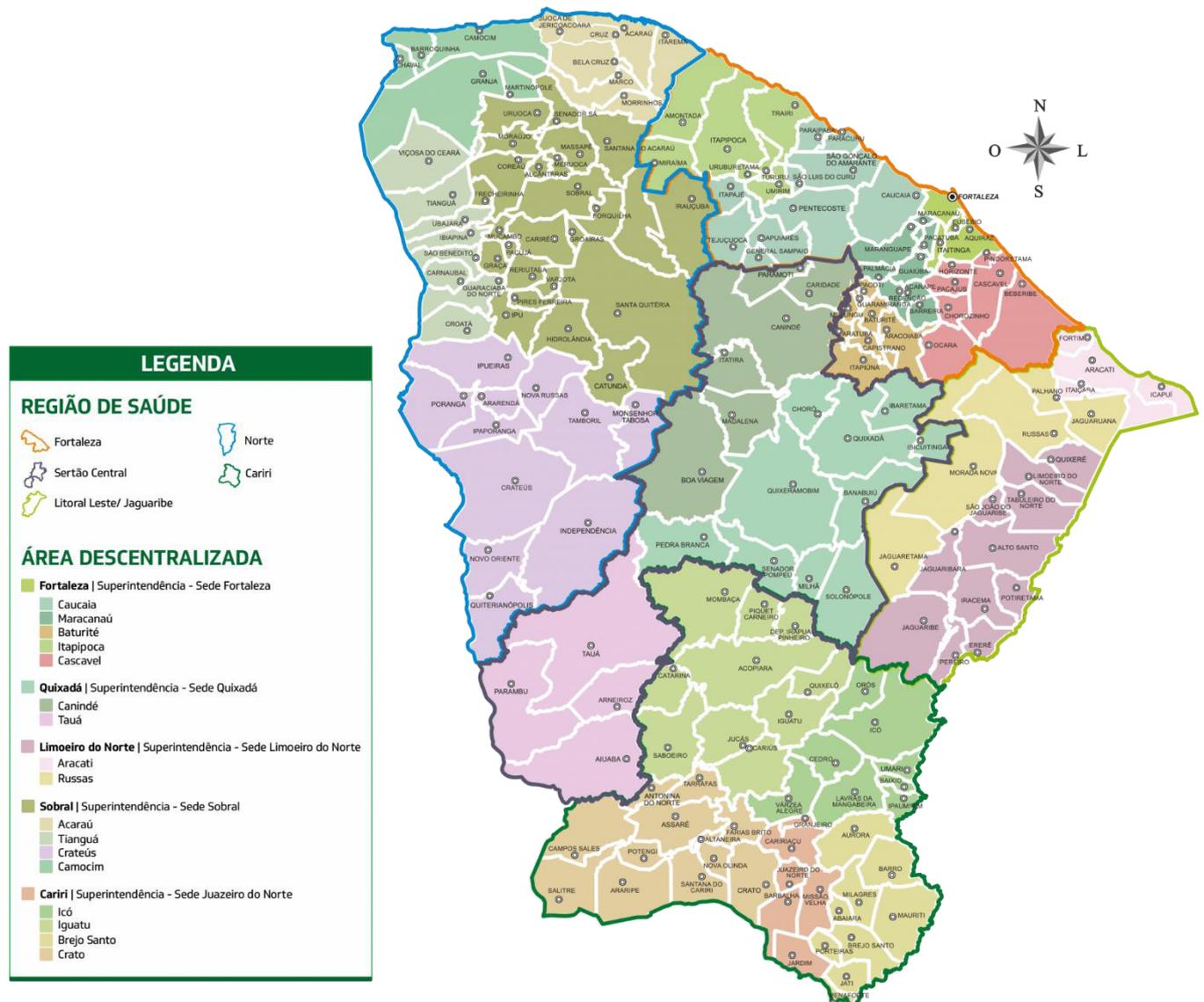
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2022.

## 7.3 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa abordou o Estado do Ceará. Ao todo, possui 184 municípios. Localiza-se na região Nordeste do país e tem por limites o Oceano Atlântico a norte e nordeste, Rio Grande do Norte e Paraíba a leste, Pernambuco a sul e Piauí a oeste. Possui uma Área Territorial de 148.894,442 km<sup>2</sup>, equivalente a 9,58% da área pertencente ao Nordeste e 1,75% da área brasileira. É o quarto maior Estado da região Nordeste e o 17º entre os Estados brasileiros em termos de extensão territorial. População estimada em torno de 9.240.580 pessoas, tendo como capital e maior cidade Fortaleza, sede da Região Metropolitana de Fortaleza (IBGE, 2021).

Optou-se em utilizar o processo de Regionalização que se encontra em vigor no Estado para agrupamento das cidades, dividindo o Ceará em cinco regiões de saúde, a saber: Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe (FIGURA 5).

Figura 5 – Cinco regiões de saúde do Estado do Ceará, 2023



Fonte: SESA, 2023. Acesso em 13/07/2023 (<https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>)

#### 7.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu em três etapas. A etapa 1 correspondeu ao aspecto descritivo e analítico entre os óbitos e a variável de exposição (ser PM); a etapa 2, cálculo dos

indicadores de mortalidade, seguido de análise temporal e espacial; e a etapa 3, o cálculo dos anos potenciais de vidas perdidos (APVP).

#### 7.4.1 Variáveis de Estudo

As variáveis de estudo foram extraídas e adaptadas da declaração de óbito. Utilizou-se como referência a última atualização realizada pelo Ministério da Saúde que ocorreu em 2014.

**a. Variável dependente:**

Óbitos por qualquer causa.

**b. Variáveis independentes:**

- Fatores individuais:

**BLOCO I - “IDENTIFICAÇÃO”:** idade; sexo; raça/cor; estado civil; nível de escolaridade; ocupação habitual.

**BLOCO II – “RESIDÊNCIA”:** cidade de residência.

- Fatores relacionados ao óbito:

**BLOCO I - “IDENTIFICAÇÃO”:** mês; ano; dia da semana; turno.

**BLOCO III – “OCORRÊNCIA”:** município de ocorrência; local de ocorrência.

**BLOCO V - “CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO”:** causa da morte; assistência médica; diagnóstico aconteceu por necropsia.

**BLOCO VII - “CAUSAS EXTERNAS”:** prováveis circunstâncias de morte não natural.

Com base na revisão da literatura e de conhecimento prévio sobre o evento estudado, estabeleceu-se a seguinte categorização e estratificação das variáveis em estudo:

- a) **Faixa etária:** agrupados nas seguintes idades - 0 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos e 70 anos ou mais;
- b) **Sexo:** masculino e feminino;
- c) **Cor da pele:** Branca; Preta; Amarela; Parda e Indígena;
- d) **Estado civil:** Solteiro; Casado; Viúvo; Separado judicialmente e União Consensual;
- e) **Grau de escolaridade:** Fundamental I; Fundamental II; Médio; Superior incompleto e Superior completo;
- f) **Profissão/ocupação:** para agrupar essas variáveis utilizou-se a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, a

saber: 0 - MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS, POLICIAIS E BOMBEIROS MILITARES: 02 - POLICIAIS MILITARES (020 - OFICIAIS DE POLÍCIA MILITAR e 021 - PRAÇAS DE POLÍCIA MILITAR) (QUADRO 1);

- g) **Acidente de Trabalho:** Sim e Não;
- h) **Local de ocorrência do óbito:** Hospital; Outro estabelecimento de saúde; Domicílio; Via pública e Outros;
- i) **Assistência Médica:** Sim e Não;
- j) **Necropsia:** Sim e Não;
- k) **Circunstância do Óbito:** Acidente; Suicídio; Homicídio e Outros;
- l) **Fonte da Informação:** Boletim de Ocorrência; Hospital; Família e Outra;
- m) **Causas de óbitos:** codificadas de acordo com as regras de classificação da Décima Revisão da CID (CID – 10).

### **Etapa 1:**

Para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Os dados foram organizados em tabelas univariadas com a caracterização dos casos de óbito do PM e da população geral. Posteriormente, foram realizados os cálculos de risco relativo (RR) através da construção de tabelas de contingência. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) para comparar o grupo de PM com a população geral e/ou Exato de Fisher.

Para as quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão. Para calcular a taxa de mortalidade foi utilizada a fórmula abaixo (Rouquayrol; Gurgel, 2021):

$$\text{Taxa de mortalidade geral} = \frac{n^{\circ} \text{ de óbitos}}{\text{População absoluta total}} \times 1000$$

### **Etapa 2:**

Posteriormente, esses indicadores formaram mapas temáticos visando identificar em qual município ocorrem mais óbitos e por quais causas, nesse momento, optou-se pelo *software* ArcGis 10.2 (Sistema de Informação Geográfica).

A análise foi realizada através do *software Stata 15* (Stata Corporation, College Station, USA). As tendências foram consideradas estatisticamente significativas quando os modelos apresentarem valor de  $p < 0,05$ .

Para além disso, a análise das tendências foi realizada utilizando o software estatístico *Joinpoint Regression Program* versão 5.0. O método *joinpoint* é representado por várias linhas diferentes que são conectadas por pontos de inflexão (*joinpoint*), permitindo uma descrição detalhada das tendências e identificação de mudanças ocorridas ao longo do tempo a partir da seleção do melhor modelo.

O programa executa regressão linear segmentada para estimar a variação percentual anual - *Average Percent Change* (APC) e a variação percentual anual média - *Average Annual Percent Change* (AAPC). Com o *software*, é possível testar se uma mudança aparente na tendência é significativa ou não. A seleção do melhor modelo (número de *joinpoints*) foi realizada utilizando o Critério de Informação Bayesiana Ponderada (WBIC), por ser o teste mais flexível na adaptação a diferentes situações (NIH, 2023).

Foi selecionada como variável independente o ano da ocorrência e como variável dependente a contagem dos coeficientes de mortalidade, cujos dados foram inseridos no *software* já calculados. A partir das inclinações estimadas de cada segmento, foram calculadas a variação anual em porcentagem e sua significância estatística, assumindo que os valores seguiam uma distribuição de Poisson e que a variação dos coeficientes não foi constante ao longo do período. Para cálculo dos intervalos de confiança (IC), foi utilizado o método paramétrico, sendo considerado os limites de 95%, ou seja, foram significativas as tendências que apresentaram p-valor inferior a 0,05. Os valores de APC e AAPC, assim como seu p-valor, indicaram se as tendências foram de aumento, redução ou estabilidade.

### **Etapa 3:**

Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) foram calculados através da diferença entre a idade de ocorrência do óbito e uma idade limite. A expectativa de vida ao nascer no Ceará em 2021 seria de 72 anos, logo, por se aproximar mais, optou-se em utilizar o limite de 70 anos.

O método descrito foi proposto Romeder & McWhinnie (1977), o mesmo utilizado em estudos epidemiológicos como indicador social de mortalidade prematura, sobretudo em estudos que objetivam avaliar as principais causas de óbito que acometem as populações, e caracteriza-se como ferramenta de uso para gestão e planejamento em saúde.

Nos dados foram aplicados a seguinte fórmula:

$$APVP = \sum a_1 d_1$$

Onde:

a1 representa a diferença entre a idade limite e a idade de ocorrência do óbito;

d1 representa o número total de óbitos ocorridos, por ano.

Para garantir comparabilidade com outros estudos sobre populações de tamanho e pirâmides populacionais diferentes, foi calculada a taxa do APVP (TAPVP) de acordo com a seguinte fórmula matemática adaptada:

$$TAPVP = \sum aidi * 1000/N$$

Onde:

N = número de pessoas entre 20 e 64 anos de idade na população real.

Para a interpretação da significância da TAPVP, estimou-se o intervalo com 95,0% de confiança, segundo o método de Dever (1988). Utilizou-se o *software Microsoft Excel®* 2010, para manipulação dos dados.

## 7.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta e cria as diretrizes que devem ser respeitadas para a elaboração de pesquisas científicas. Por se tratar de dados de domínio público o parecer de um Comitê de Ética e Pesquisa é justificado como desnecessário devido à impossibilidade de identificação dos indivíduos (observações).

## 8 RESULTADOS

Entre os anos de 2011 e 2021 foram a óbito no Estado do Ceará 1829 policiais militares, destes a maior prevalência está na graduação soldado (43,1%) seguido de Cabo (32,4%). Quando se observa os oficiais, o capitão representa o público mais afetado com 70 óbitos (3,8%) seguido de major (2,4%) (TABELA 1).

Tabela 1- Análise descritiva dos óbitos por Policiais Militares no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021

ESCALA HIERÁRQUICA	Grupo total (n=1829)	
	N	%
<b>Soldado da Polícia Militar</b>	788	43,1
<b>Cabo da Polícia Militar</b>	593	32,4
<b>Sargento da Polícia Militar</b>	251	13,7
<b>Capitão da Polícia Militar</b>	70	3,8
<b>Subtenente da Polícia Militar</b>	43	2,4
<b>Major da Polícia Militar</b>	29	1,6
<b>Coronel da Polícia Militar</b>	23	1,3
<b>Primeiro Tenente da Polícia Militar</b>	15	0,8
<b>Tenente-coronel da Polícia Militar</b>	11	0,6
<b>Segundo Tenente da Polícia Militar</b>	6	0,3

Fonte: SIM/DataSus, 2023.

Em relação aos fatores sociodemográfico, ao comparar a PMCE com a PG, observa-se que na Polícia Militar os óbitos foram mais frequentes na idade de 70 anos ou mais (62,9%) seguido de 60 a 69 anos (13,2%), sexo masculino (99,18%), cor parda (65,10%), casado (69,76%) e com nível superior incompleto (53,16%). Dados semelhantes são encontrados na população geral, visto que homens (56,92%) com 70 anos ou mais (64,7%) seguido de 60 a 69 anos (11,8%), pardos (70,17%), casados (39,88%); diferenciando apenas no nível de escolaridade, ensino fundamental I (39,71%) (TABELA 2).

Tabela 2 - Fatores sociodemográficos relacionados aos óbitos por Policiais Militares no Estado do Ceará em comparação a outras profissões, Brasil, 2011-2021

Variáveis	Policial Militar (n=1829)	Outra profissão (n=623.957)	p*
<b>Faixa etária</b>			<b>&lt;0,001</b>
0 a 19 anos	0 (0)	1553 (0,3)	
20 a 29 anos	9 (0,5)	17184 (3,4)	
30 a 39 anos	71 (3,9)	26560 (5,3)	
40 a 49 anos	129 (7,1)	30820 (6,1)	
50 a 59 anos	228 (12,5)	42039 (8,4)	
60 a 69 anos	241 (13,2)	59352 (11,8)	
70 anos ou mais	1149 (62,9)	325728 (64,7)	
<b>Sexo</b>			<b>&lt;0,001</b>
Masculino	1814 (99,18)	355158 (56,92)	
Feminino	15 (0,02)	268799 (43,08)	
<b>Cor da Pele</b>			<b>&lt;0,001</b>
Branca	557 (32,29)	155101 (26,23)	
Preta	40 (2,32)	18666 (3,16)	
Amarela	5 (0,29)	1702 (0,29)	
Parda	1123 (65,10)	414935 (70,17)	
Indígena	0 (0)	930 (0,16)	
<b>Estado Civil</b>			<b>&lt;0,001</b>
Solteiro	185 (10,28)	173764 (29,46)	
Casado	1255 (69,76)	235196 (39,88)	
Viúvo	201 (11,17)	147690 (25,04)	
Separado judicialmente	108 (6,00)	19844 (3,36)	
União Consensual	50 (2,78)	13295 (2,25)	
<b>Escolaridade</b>			<b>&lt;0,001</b>
Fundamental I	18 (1,01)	230118 (39,71)	
Fundamental II	167 (9,40)	155677 (26,87)	
Médio	322 (18,13)	108656 (18,75)	
Superior incompleto	944 (53,16)	64324 (11,10)	
Superior completo	325 (48,2)	20661 (3,57)	

Legenda: Dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis. Dados quantitativos expressos como média  $\pm$  desvio padrão.

\* Foram usados os testes do qui-quadrado ou exato de Fisher para dados categóricos e o teste t de Student para idade.

Fonte: SIM/DataSus, 2023

Sobre os aspectos relacionados a mortalidade e informações dos profissionais de segurança pública no Ceará em comparação a outras profissões destaca-se, respectivamente, mais de 97,0% dos óbitos não foram relacionados a acidente de trabalho, mais da metade dos casos ocorreram no hospital, logo receberam assistência médica (>80,0%), não sendo preciso realizar necropsia (>70,95%) e a fonte de informação veio do boletim de ocorrência (>88,48%) (TABELA 3).

Tabela 3 - Aspectos relacionados ao óbito e às informações dos Policiais Militares no Estado do Ceará em comparação a outras profissões, Brasil, 2011-2021

Variáveis	Policial Militar (n=1829)	Outra profissão (n=623.957)	p*
<b>Acidente de Trabalho</b>			0,213
Sim	1 (1,64)	684 (2,79)	
Não	50 (98,36)	24872 (97,21)	
<b>Local de Ocorrência do Óbito</b>			<0,001
Hospital	1275 (69,71)	350467 (56,18)	
Outro estab. de saúde	62 (3,39)	22731 (3,64)	
Domicílio	284 (15,53)	182574 (29,26)	
Via pública	132 (7,22)	43135 (6,91)	
Outros	76 (4,16)	25099 (4,02)	
<b>Assistência Médica</b>			<0,001
Sim	1233 (83,68)	377462 (80,06)	
Não	244 (16,52)	93989 (19,94)	
<b>Necrópsia</b>			<0,001
Sim	463 (30,05)	110339 (22,88)	
Não	1078 (70,95)	371996 (77,13)	
<b>Fonte da Informação</b>			0,414
Boletim de Ocorrência	187 (92,12)	59184 (88,48)	
Hospital	3 (1,48)	1738 (2,60)	
Família	2 (0,99)	1899 (2,84)	
Outra	11 (5,32)	4070 (6,09)	

Legenda: Dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.

\* Foram usados os testes do qui-quadrado ou exato de Fisher para dados categóricos.

Fonte: SIM/DataSus, 2023

Sobre a causa de óbito, as cinco mais frequentes na PMCE; sem levar em consideração a pandemia por COVID-19 devido ser um período atípico; foram, respectivamente: (a) Pneumonia (PNM) não especificada (5,20%); (b) IAM (5,20%), ambos com diferença de apenas um óbito (n= 96 vs n=95); (c) agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - rua e estrada (4,30%); (d) neoplasia maligna da próstata (2,00%) e (e) agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - local não especificado (1,80%) (TABELA 4).

Já a população geral traz como as cinco principais causas: (a) Infarto agudo do miocárdio não especificado (6,20%); (b) Pneumonia não especificada (4,10%); (c) Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (3,70%); (d) Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - rua e estrada (3,10%) e; (e) Hipertensão essencial (primária) (2,70%) (TABELA 4).

As causas de óbitos são semelhantes, em sua grande maioria, muda apenas a ordem, porém ressalta-se que ser policial militar em solo cearense o deixa mais vulnerável ao óbito por causas externas, visto que, das 10 principais causas de mortalidade na série histórica estudada, causas externas representa 21,30% dos óbitos.

Tabela 4 - Principais causas de óbito entre os Policiais Militares e a frequência na população geral, Brasil, 2011-2021

Variáveis	Policial Militar		População geral	
	n	%	n	%
<b>Causa do óbito (CID)</b>				
<b><i>Infecção por corona vírus de localização não especificada (B34.2)</i></b>	<b>169</b>	<b>9,20</b>	<b>24957</b>	<b>5,00</b>
Pneumonia não especificada (J18.9)	96	5,20	20830	4,10
Infarto agudo do miocárdio não especificado (I219)	95	5,20	31414	6,20
Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - rua e estrada (X959)	78	4,30	15719	3,10
Neoplasia maligna da próstata (C61)	37	2,00	6031	1,20
Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - local não especificado (X959)	33	1,80	4044	0,80
Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado (C34.9)	30	1,60	9259	1,80
Seqüelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4)	29	1,60	6935	1,40
Hemorragia intracerebral não especificada (I61.9)	28	1,50	5079	1,00
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64)	25	1,40	18698	3,70
Doença de Alzheimer não especificada (G309)	23	1,30	5767	1,10
Hipertensão essencial (primária) (I10)	23	1,30	13431	2,70
Diabetes mellitus não especificado - sem complicações (E149)	22	1,20	7850	1,60
Pneumonia bacteriana não especificada (J15.9)	21	1,10	6017	1,20
Outras doenças cerebrovasculares especificadas (I678)	19	1,00	4958	1,00
Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior (J440)	18	1,00	4459	0,90
Septicemia não especificada (A41.9)	17	0,90	5785	1,10
Pneumonite devida a alimento ou vômito (J69.0)	16	0,90	2436	0,50
Neoplasia maligna do estômago, não especificado (C169)	15	0,80	5939	1,20
Cirrose hepática alcoólica (K70.3)	15	0,80	2708	0,50

Fonte: SIM/DataSus, 2023.

Em relação ao SARS-CoV-2, foi responsável por 169 (9,20%) óbitos em agentes da PMCE e 24.957 (5,0%) mortes na população geral. Ressalta-se que a polícia militar, durante todo o período pandêmico, foi linha de frente, estando presente em todos os locais e sendo

chamados nos casos que se desrespeitavam os decretos, em especial no período de *lockdown* (TABELA 4).

Dentre as 20 principais causas de óbitos nas populações estudadas destacam-se que 25,0% se enquadram nas causas *garbage* consideradas prioritárias pelo MS, a saber: (a) Pneumonia não especificada (J18.9); (b) Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4); (c) Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64); (d) Hipertensão essencial (primária) (I10); e (e) Septicemia não especificada (A41.9).

### 8.1 ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP) ENTRE A POLÍCIA MILITAR E POPULAÇÃO GERAL NO ESTADO DO CEARÁ

No Ceará, entre 2011 e 2021, foram mais de três milhões de anos potenciais de vida perdidos. Deste total, a PMCE foi responsável por 10.635 (0,30%) dos APVP. Quando comparadas as faixas etárias, maiores proporções foram observadas nos indivíduos entre 50 a 54 anos (18,6%), seguido da idade de 35 a 39 (15,3%) para a PM e 25 a 29 anos (14,6%), seguido da faixa etária de 30 a 34 (14,1%) para a população geral (TABELA 5).

Tabela 5 - Anos potenciais de vida perdidos na polícia militar e população geral no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021

Faixa etária (anos)	APVP		%	
	PM	PG	PM	PG
20-24	4	256500	1,8	7,5
25-29	5	500820	2,0	14,6
30-34	21	485737,5	7,4	14,1
35-39	50	442227,5	15,3	12,9
40-44	57	406230	14,7	11,8
45-49	72	361080	15,2	10,5
50-54	113	321702,5	18,6	9,4
55-59	115	295700	13,5	8,6
60-64	123	208215	8,7	6,1
65-69	118	78975	2,8	2,3
TOTAL	10635	3440345	100,0	100,0

Legenda:

\*ai = diferença entre o limite superior de idade (70 anos) e o ponto médio de cada faixa etária.

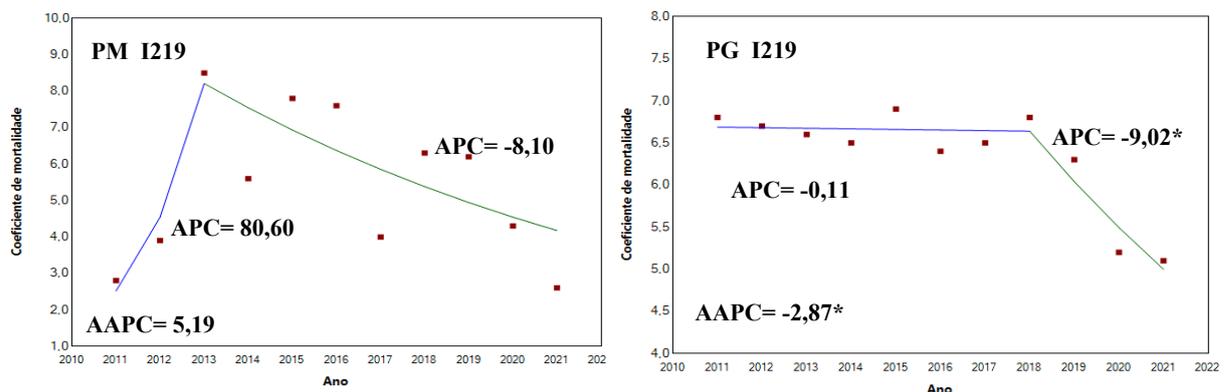
\*\*di = número de óbitos em cada faixa etária.

Fonte: SIM/DataSus, 2023.

## 8.2 TENDÊNCIA TEMPORAL DE MORTALIDADE ENTRE A POLICIA MILITAR E POPULAÇÃO GERAL NO ESTADO DO CEARÁ

Ao se avaliar a série histórica, observa-se que as tendências de mortalidade não seguem o mesmo padrão entre as duas populações quando se trata de infarto agudo do miocárdio não especificado (CID=I219) (GRÁFICO 2). A técnica de *joinpoint* evidenciou que não houve alterações significativas nas tendências de incidência desse agravo na PM durante o período em estudo [AAPC= 5,19 (IC95% -14,77; 29,83),  $p=0,637$ ]. Porém, na PG a tendência foi de queda significativa dos casos de infarto, com redução de 2,87% entre 2011 e 2021 [AAPC<sub>2011-2021</sub>= -2,87 (IC95% -4,61; -1,10),  $p=0,002$ ], decorrente, principalmente, do declínio observado a partir de 2018 [APC<sub>2018-2021</sub>= -9,02 (IC95% -14,76; -2,89),  $p=0,012$ ] (TABELA 6).

Gráfico 2 - Tendência temporal coeficiente de mortalidade da PMCE e população geral por Infarto agudo do miocárdio não especificado (I219) no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021



Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SINAN utilizando *joinpoint*.

\* Indica que o APC/AAPC é significativamente diferente de zero com  $p<0,05$ .

Tabela 6 - Tendência temporal das taxas brutas de incidência da mortalidade na polícia militar e população geral, estratificada por CID, no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021

CID	PERÍODO	APC	IC95% (LI; LS)	p-valor	AAPC 2011-2021	IC95% (LI; LS)	p-valor
<b>PM</b>							
I219	2011-2013	80,60	(-47,51; 521,33)	0,286	5,19	(-14,77; 29,83)	0,637
	2013-2021	-8,10	(-17,79; 2,72)	0,113			
J189	2011-2017	2,55	(-10,16; 17,06)	0,658	<b>-13,52*</b>	(-24,69; 2,06)	<b>0,040</b>
	2017-2021	<b>-33,02*</b>	(-54,35; -1,74)	<b>0,043</b>			
X954	2011-2017	0,96	(-16,60; 22,21)	0,907	-9,35	(-23,13; 6,90)	0,243
	2017-2021	-22,87	(-49,69; 18,24)	0,188			

**PG**

I219	2011-2018	-0,11	(-1,70; 1,51)	0,877	<b>-2,87*</b>	(-4,61; -1,10)	<b>0,002</b>
	2018-2021	<b>-9,02*</b>	(-14,76; -2,89)	<b>0,012</b>			
J189	2011-2016	<b>9,97*</b>	(2,46; 18,03)	<b>0,017</b>	<b>-6,69*</b>	(-10,94; -2,25)	<b>0,004</b>
	2016-2021	<b>-20,83*</b>	(-27,80; -13,19)	<b>0,001</b>			
X954	2011-2018	3,66	(-8,13; 16,97)	0,494	-4,60	(-18,33; 11,43)	0,552
	2018-2021	-21,42	(-56,09; 40,63)	0,350			

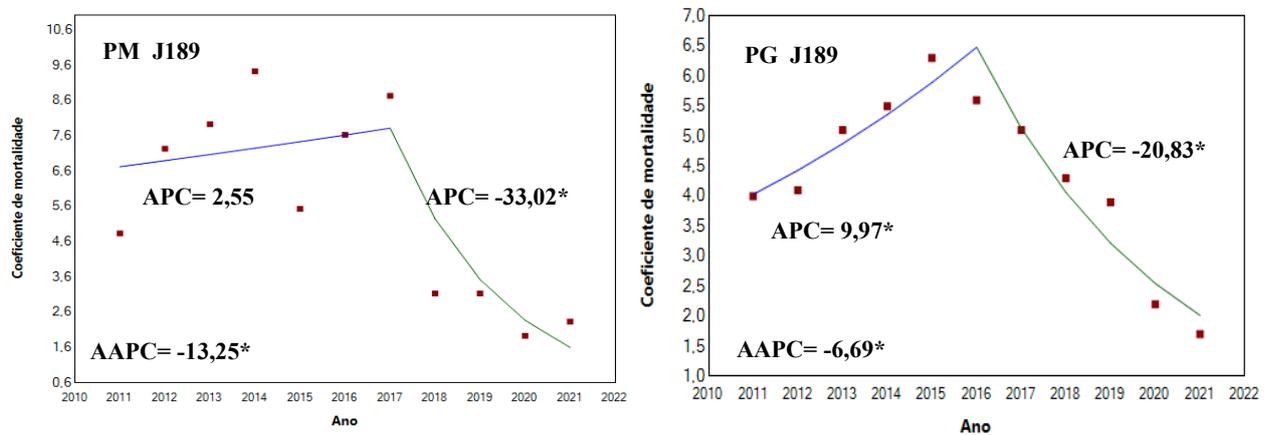
Legenda:

\*APC ou AAPC estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ); APC: variação percentual anual; AAPC: variação percentual média anual; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SINAN utilizando *joinpoint*.

Tratando de PNM não especificada (CID=J189), ambas as populações apresentaram redução significativa dos casos, sendo maior na PM, com variação anual média negativa de 13,52% [AAPC<sub>2011-2021</sub> = -13,52 (IC95% -24,69; 2,06),  $p=0,040$ ], quando comparada à PG, cuja variação anual média foi de queda de 6,69% [AAPC<sub>2011-2021</sub> = -6,69 (IC95% (-10,94; -2,25),  $p=0,004$ ]. No entanto, dentro do período, as variações das tendências foram diferentes entre PM e PG, dado que, na Polícia militar a alteração ocorreu somente após 2017, com queda significativa de 33,02% nos casos de PNM não especificada [APC<sub>2017-2021</sub> = -33,02 (IC95% -54,35; -1,74),  $p=0,043$ ], enquanto a População geral apresentou crescimento de 9,97% até 2016 [APC<sub>2011-2016</sub> = 9,97 (IC95% 2,46; 18,03),  $p=0,017$ ], seguido de queda de 20,83% a partir desse ano [APC<sub>2016-2021</sub> = -20,83 (IC95% -27,80; -13,19),  $p=0,001$ ] (GRÁFICO 3).

Gráfico 3 - Tendência temporal do coeficiente de mortalidade da PMCE e população geral por Pneumonia não especificada (J189) no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021

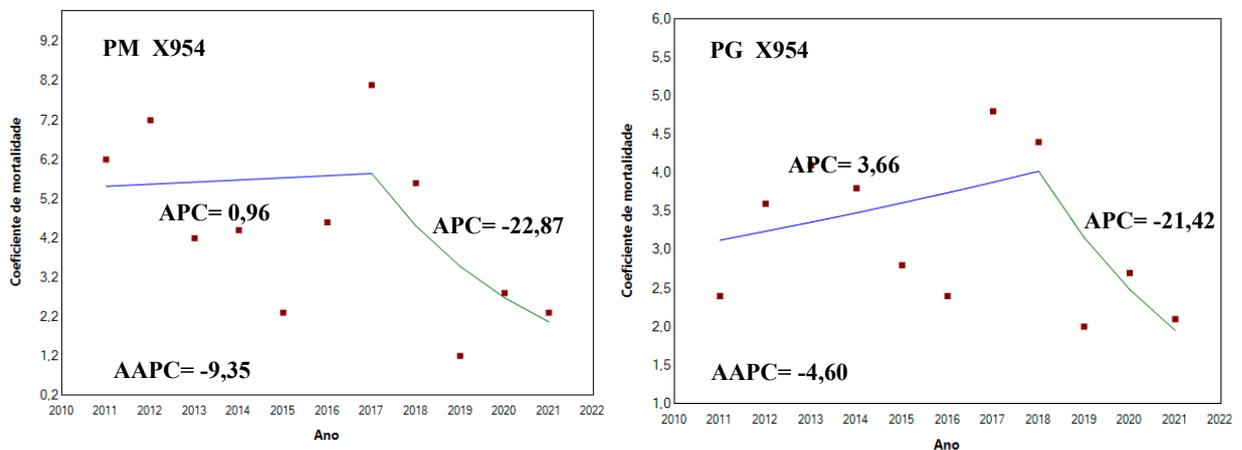


Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SINAN utilizando *joinpoint*.

\* Indica que o APC/AAPC é significativamente diferente de zero com  $p < 0,05$ .

No que tange à mortalidade por agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - rua e estrada (X954), a tendência se manteve estável para ambas as populações, visto que, apesar da tendência de queda a partir de 2017 para PM e 2018 para PG (GRÁFICO 4), nenhuma tendência obteve variação de APC ou AAPC significativa estatisticamente, conforme observado na tabela 6.

Gráfico 4 - Tendência temporal do coeficiente de mortalidade da PMCE e população geral por Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - rua e estrada (X954) no Estado do Ceará, Brasil, 2011-2021



Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SINAN utilizando *joinpoint*.

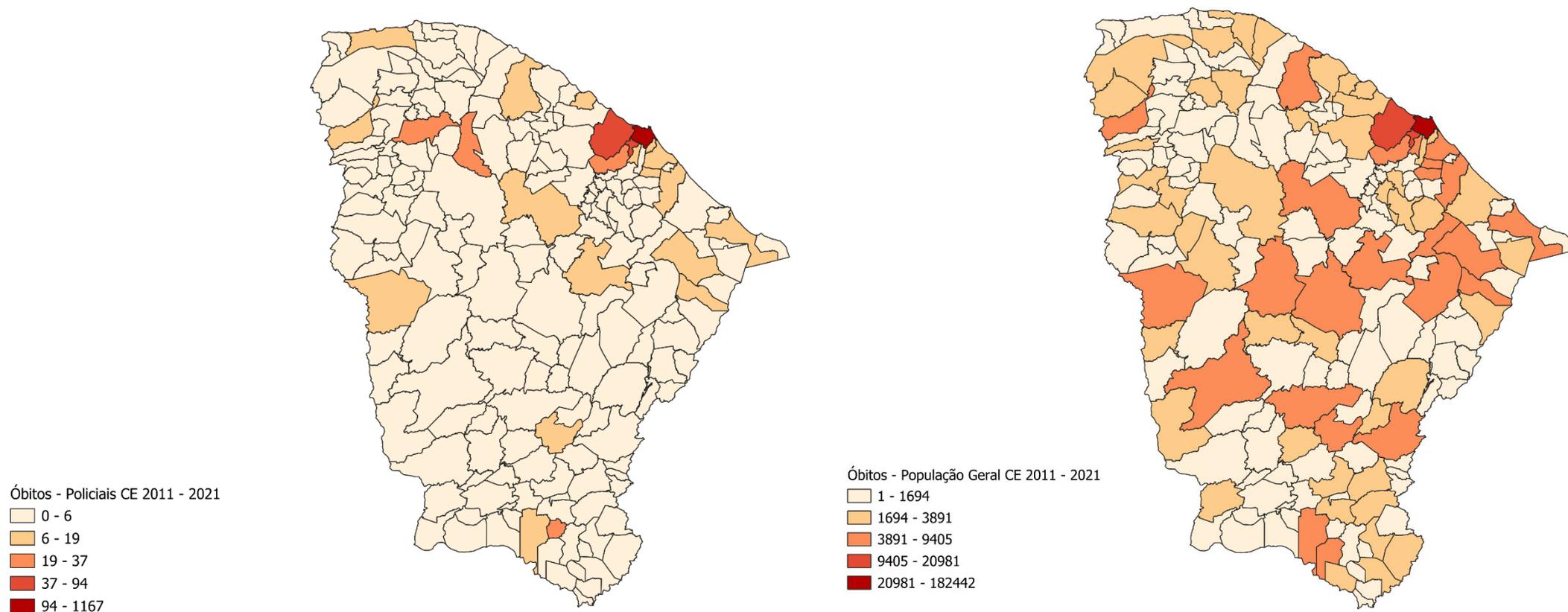
\* Indica que o APC/AAPC é significativamente diferente de zero com  $p < 0,05$ .

### 8.3 DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS ENTRE A POLICIA MILITAR E POPULAÇÃO GERAL NO ESTADO DO CEARÁ

Para além disso, foram identificados municípios com altos coeficientes de mortalidade na região metropolitana de Fortaleza, tanto na PM quanto na PG. Destaca-se a capital Fortaleza, visto que, em ambos os grupos, apresentou os maiores índices, seguido das cidades de Caucaia e Maracanaú. Acrescenta-se ainda os municípios de Sobral (Região Norte) e Juazeiro do Norte (Cariri) que se sobressaem no número de óbitos apenas na PMCE (FIGURA 6).

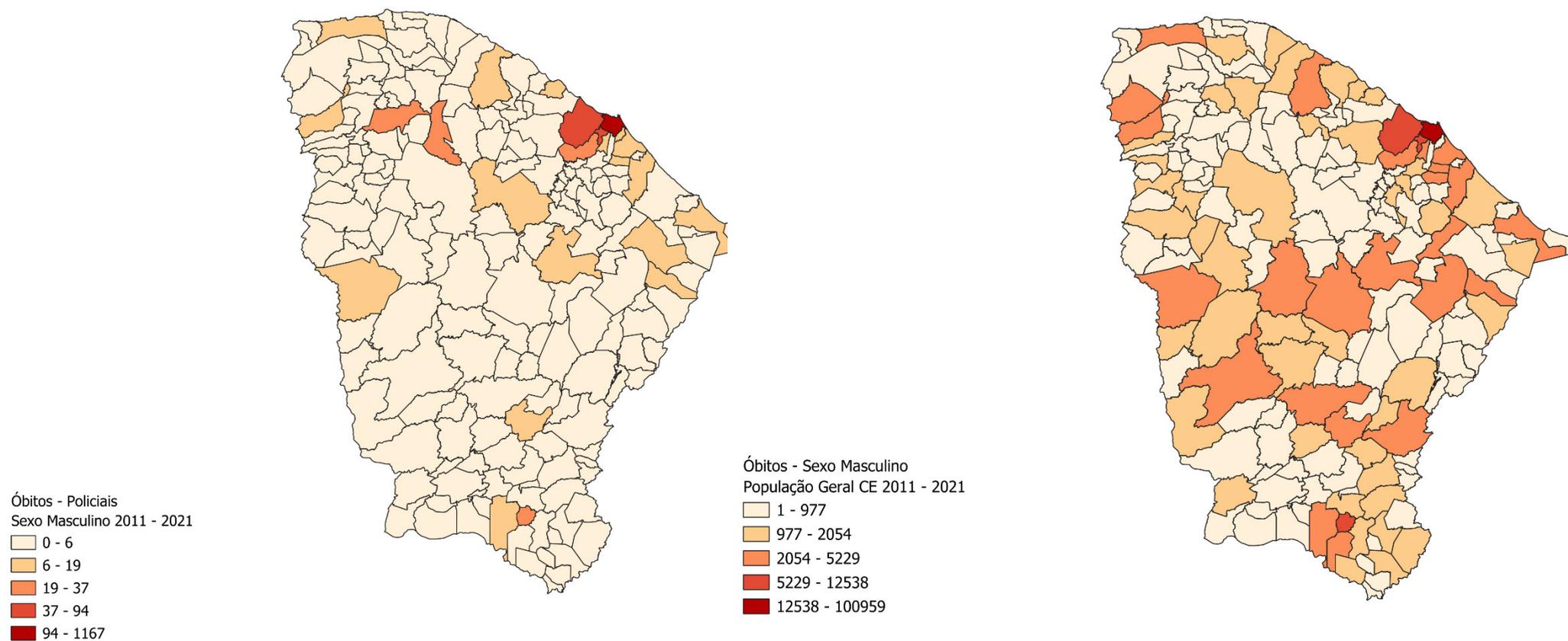
Quando se estratifica esses números e se analisa somente o sexo masculino, observa-se que para a polícia militar não houve variação, visto essa profissão possuir um elevado número de agentes homens. No entanto, na PG, as cidades de Juazeiro do Norte (Cariri), Camocim e Viçosa do Ceará, localizadas na Região Norte se destacam (FIGURA 7).

Figura 6- Distribuição espacial de óbitos por todas as causas, em ambos os sexos, entre polícia militar e população geral no Estado do Ceará. Brasil, 2011-2021



Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SINAN, 2024.

Figura 7 - Distribuição espacial de óbitos por todas as causas, no sexo masculino, entre polícia militar e população geral no Estado do Ceará. Brasil, 2011-2021



Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SINAN, 2024.

## 9 DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo apontam semelhança entre o perfil de mortalidade do policial militar e da população geral no Ceará no período analisado, visto que a maioria das mortes foram em idosos do sexo masculino, pardos e casados. No contexto da causa de óbitos, observa-se que as doenças do aparelho circulatório, respiratório e neurológico foram mais frequentes na população geral. Por outro lado, na PMCE se destaca, além das doenças respiratórias, cardíacas, causas externas e neoplasia.

Ressalta-se que ao longo dos anos o perfil de mortalidade vem mudando. As causas relacionadas às doenças infecciosas, parasitárias e problemas relacionados à saúde reprodutiva vêm perdendo espaço e sendo substituídas pelas neoplasias, patologias advindas do aparelho circulatório e respiratório, além das causas externas, principalmente entre os idosos e jovens, respectivamente (Silva Simões, 2002; Nunes, 2021). Para além disso, acrescenta-se que com o passar do tempo, a queda das taxas de natalidade trouxe significativas alterações na estrutura etária da população (Vasconcelos; Gomes, 2012).

Segundo o Boletim Epidemiológico publicado pelo MS no ano de 2022, que teve como objetivo analisar a mortalidade nos anos de 2000, 2009 e 2019, sinalizou um aumento no número de óbitos em idosos no Brasil, com maior proporção para o sexo masculino, branco, com 80 anos ou mais, devido a doença do aparelho circulatório, seguido de neoplasia. No que concerne a população jovem, observa-se o mesmo perfil com divergência na raça, sendo a parda mais prevalente nesse público (Brasil, 2022).

Corroborando com essa ideia, outro estudo analisou o perfil da mortalidade em idosos na cidade de Santa Catarina no ano de 2019, o mesmo trouxe como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias, sendo mais prevalentes nos homens (Crestani; Spindola; Silva, 2022). Dado semelhante foi encontrado no Rio Grande do Sul e Nordeste, visto que a principal causa de óbito foram as doenças infecciosas/parasitárias, neoplasias, doenças do aparelho circulatório e respiratório (Nunes Neto *et al.*, 2022; Reis Perreira; Jesus; Martins, 2020).

Segundo Mendes (2015), as condições crônicas elevam os custos da atenção à saúde, logo nota-se a importância de ser incorporado novas práticas para o SUS diante desse cenário. Para além disso, o atual perfil epidemiológico da mortalidade é esperado perante o elevado número de pessoas idosas no país (Reis Perreira; Jesus; Martins, 2020).

No que concerne a mortalidade por causas externas, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública publicado em 2022, houve uma redução de 6,5% de Mortes Violentas Intencionais – MVI<sup>1</sup>. No ano de 2020, esse declínio não ocorreu de forma homogênea nas 27 Unidades da Federação, apresentando um aumento em seis delas. Vale ressaltar que, apesar dessa diminuição em alguns Estados, o Brasil ainda convive com cenário de violência preocupante, mostrando fragilidade nos arranjos institucionais da segurança pública no país (Bueno *et al.*, 2022).

A pesquisa supracitada também aponta na região Nordeste, o Ceará (9.240.580 hab.) encontra-se em segundo lugar no *ranking* de crimes violentos, perdendo apenas para a Bahia (14.985.284 hab.), porém observa-se uma diferença considerável no quantitativo da população de quase 5.800.000 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2021).

Como observado, morar no Ceará deixa a população mais vulnerável ao óbito por causas evitáveis, independentemente de sua profissão. Estudo que avaliou o padrão temporal da mortalidade por agressão em solo cearense, no período de 2006 a 2020, contabilizou 50.651 óbitos, com taxa de mortalidade média para o sexo masculino de 26,77 para cada 100 mil homens. No entanto, há uma tendência de crescimento de aproximadamente 5,0% ao ano para ambos os sexos, sendo 4,7% para o masculino e 7,5% para o feminino. Quando se estratifica por instrumento utilizado, observa-se um incremento de 7,1% para arma de fogo e um declínio de 4,4% para arma branca (Araújo; Leitão; Batista, 2022).

Outro estudo que também analisou os dados do SIM, entre 2009 e 2018, sinalizou as causas externas apresentando alta incidência na faixa etária mais jovem (20 a 39 anos) quando comparada à idade mais avançada (40 a 59 anos). Visto essa última se caracterizar por maior número de óbitos advindos das doenças do aparelho circulatório (Gonçalves; Silva, 2021).

Soma-se ainda a essas causas os problemas do aparelho respiratório, circulatório e cerebrovascular. No Brasil de 1998 a 2016, 790 mil óbitos foram por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), no sexo masculino, na faixa etária de 40 a 79 anos, com maior incremento para o Nordeste (Reiner *et al.*, 2019). Acrescenta-se ainda que esta região não se diferencia muito do resto do país. Quando se analisa a Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração, de 1996 a 2016, ocorreram 405.916 óbitos, em homens (n=229.006; 56,42%), idosos (n=301.379; 74,25%) e pardos (n=197.936; 48,76%) (Santana *et al.*, 2021).

---

<sup>1</sup>MVI – Categoria criada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) que agrega as vítimas de homicídio doloso (incluindo feminicídios e policiais assassinados), roubos seguidos de morte, lesão corporal seguida de morte e as mortes decorrentes de intervenções policiais. (Bueno *et al.*, 2023).

No que concerne as causas *garbage*, os municípios da região Nordeste em 2017, trouxe dados semelhantes a esse estudo, visto que dentre as CG destacaram-se as pneumonias, a hipertensão essencial, o acidente vascular cerebral NE, a insuficiência cardíaca e outras cardiopatias NE (Oliveira *et al.*, 2019).

Importante salientar que, o registro incorreto e a baixa qualidade das causas de mortalidade implicam em prejuízos na produção de estimativas precisas, pois interfere de forma direta no planejamento de ações que visam minimizar desfechos evitáveis (Ishitani *et al.*, 2017).

Como observado, a depender da população e/ou região analisada, a ordem do *ranking* pode mudar, no entanto, permanecem sendo as mesmas causas de óbito. Diante do exposto, se torna necessário a implantação de estratégias visando reduzir a mortalidade por causas evitáveis, visto está presente em toda população.

## 9.1 MORTALIDADE ENTRE OS POLICIAIS MILITARES NO ESTADO DO CEARÁ NOS ANOS DE 2011 A 2021

No contexto da PMCE, esse estudo aponta que no período analisado os policiais que foram a óbito eram, predominantemente, da graduação soldado seguido de cabo e posto capitão seguido de major. Possuíam 60 anos ou mais, sexo masculino, pardos, casados e nível superior incompleto. Como principais causas, destaca-se PNM, IAM, causas externas e neoplasias.

Um dado que merece destaque é a escolaridade da população estudada. Para a PMCE, a maior prevalência foi entre agentes com nível superior incompleto e para a PG, ensino fundamental I, que corresponde aos anos iniciais. No entanto, ressalta-se que para concorrer ao concurso o candidato precisa ter nível médio completo para o cargo de praça e para oficial o ensino superior completo (SSPDS, 2021).

Outra informação importante é a idade do óbito nos policiais. No Ceará, para se inscrever para os cargos de praça e oficial, o candidato precisa ter idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos até 29 (vinte e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, o que difere entre os cargos é que para oficial precisa ter o ensino superior completo, reconhecido pelo Ministério da Educação/MEC (SSPDS, 2021). No entanto, apenas no ano de 2015, com a promulgação da lei nº 15.797 de 25 de maio, foi instituído no Estado as promoções dos militares. Desde então, para o soldado ser promovido para cabo, o mesmo precisa atuar sete anos na graduação de soldado. E no caso do segundo tenente para primeiro tenente, o policial precisa ficar cinco anos no posto de 2º Tenente (Vieira, 2021). O que justifica o elevado número de óbitos em soldados idosos na PMCE nesse estudo.

No contexto da mortalidade, um artigo de revisão acerca do óbito por doença cardiovascular entre militares, apontou como fatores de risco mais prevalentes o sobrepeso, obesidade, tabagismo, estresse intenso, inatividade física e hiperlipidemia. Entre as principais causas do óbito, destacam-se a doença aterosclerótica e o IAM (Lacerda, 2020). Corroborando com essa ideia, outra pesquisa com PM do Distrito Federal, trouxe às doenças do aparelho circulatório como a principal causa de óbito (28,1%), seguida pelas neoplasias (22,7%) e causas externas de mortalidade (21,6%). As principais causas básicas seriam o IAM (5,98%), doença isquêmica crônica do coração (3,47%), e agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada (3,47%) (Cerqueira; Lima, 2022).

Realidade presente não apenas em solo brasileiro, mas em outros países também. Pesquisas apontam como principal causa de óbito entre os policiais estrangeiros as doenças do aparelho circulatório (Smallman *et al.*, 2015; Parsons *et al.*, 2015; Vinsonneau *et al.*, 2014).

Acrescenta-se ainda, por se tratar de uma profissão voltada para segurança, os agentes devam praticar atividade física de forma frequente, porém um estudo brasileiro desenvolvido com 108 policiais militares do sexo masculino, sinalizou que apenas 40,7% praticavam atividade física, somando-se a uma taxa elevada de sobrepeso e obesidade (66,6%) e etilismo (50,9%) (Silva *et al.*, 2018). Outro estudo avaliou os níveis de risco cardiovascular e aptidão física dos policiais militares da cidade de Anápolis, em Goiás, apontou a maioria dos agentes com excelente para aptidão física, mas a presença de riscos cardiovasculares (Venâncio *et al.*, 2021).

Dado semelhante foi encontrado na cidade de Fortaleza, mais da metade (51,3%) dos indivíduos relataram praticar atividade de lazer semanalmente. No entanto, 95,0% informou uso de eletrônicos (computador, *tablet* e celular) no tempo livre, entre uma e três horas ao dia (60,5%), assim como risco moderado para dependência de tabaco (7,5%) e álcool (20,1%). Quanto às experiências com uso de álcool e outras drogas, 82,1% consumiram bebidas alcoólicas durante a vida e 20,4% derivados do cigarro (Carvalho, 2020).

Corroborando com essa ideia, de acordo com Vieira *et al.*, (2020) os recrutas iniciaram o hábito do tabagismo após entrada no serviço militar e uma das explicações seria o custo do cigarro ser mais baixo nas lojas militares. Quanto ao sobrepeso, este é menor em mulheres que homens, e como observado, a PM é composta majoritariamente por agentes do sexo masculino.

Logo, apesar da necessidade de bom condicionamento físico e psíquico, a população militar demonstra ser um grupo de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares estando mais sujeita a óbito por tal causa. Ao considerar mecanismos que possam combater

esses altos índices, faz-se necessário investir em políticas que reduzam a presença dos principais fatores de risco.

Sobre a COVID-19, ela representou 9,20% dos óbitos na PM e 5,0% na PG. Ressalta-se que a polícia militar, durante todo o período pandêmico esteve presente na linha de frente e foram chamados nos casos em que se desrespeitavam os decretos, em especial no período de *lockdown*. Importante destacar que a PMCE, mais precisamente a CSASR, em parceria com a Universidade Federal do Ceará, foi uma das primeiras corporações a elaborar estratégias de enfrentamento ao COVID-19.

A construção foi embasada em recomendações mundiais e nacionais, visando minimizar o contágio dos agentes. Foi desenhado um fluxo voltado para promoção e prevenção desse agravo entre a corporação. O mesmo foi publicado no Boletim do Comando-Geral a fim de que todos os comandantes de Unidade e Subunidade cumprissem o protocolo de modo que o monitoramento dos casos de COVID-19 fosse eficientemente realizado pela CSASR (Albuquerque *et al.*, 2021).

No entanto, quando se compara a PMCE com outras corporações nota-se que o COVID-19 se espalhou rapidamente pelos batalhões da Polícia Militar no Brasil, visto que às secretarias de Segurança pública de 13 Estados apontam que aproximadamente 7,3 mil agentes, tanto militares quanto civis, foram afastados do serviço por suspeita de contágio. Destaca-se o Rio de Janeiro e Pará, juntos apresentaram 49 mortes por esse vírus, sendo os Estados que chamaram mais atenção na época (Mazza, 2020). Na Bahia, no período de janeiro de 2020 a março de 2021, 26 policiais foram a óbito por essa patologia (Carvalho *et al.*, 2022). Em Alagoas, de janeiro a setembro de 2020, houve uma letalidade de 0,67% (cinco óbitos) entre os policiais militares (Oliveira *et al.*, 2022).

Importante destacar que no Brasil existe aproximadamente 86 corporações policiais, no entanto, elas atuam sem nenhuma padronização ou coordenação federal, e apesar dos agentes responderem diretamente ao governo do Estado, mesmo entre as corporações estaduais que possuem maiores efetivos, com mais de 406 mil PM na ativa, os padrões e as formas de atuação são muito diferentes (Bueno *et al.*, 2022).

Como observado, o Nordeste apresenta elevados índices de violência. Um estudo que analisou os dados de mortalidade por homicídio em policiais baianos, trouxe 107 óbitos de policiais militares da ativa no período de 2012 a 2018. Do total de mortes, 72 foram restritas a homicídios e 35 latrocínios, 18 deles em serviço e 89 em horário de folga. Com relação aos fatores sociodemográficos, maior prevalência em homens, negros, com ensino médio e solteiros, na faixa etária de 30 a 39 anos. Quanto aos fatores relacionados a corporação policial,

destaca-se que 71,0% eram soldados, e no momento do homicídio estavam em folga. A maioria das mortes ocorreram na quinta-feira; no entanto, a soma das frequências durante o final de semana, sábado e domingo, resultou em 28,0% de todas os óbitos; a noite, em via pública e por arma de fogo (Araujo *et al.*, 2021).

Logo não se trata de uma realidade apenas da PMCE, outros Estados também apresentam grandes índices de mortalidade nessa categoria advindo desse agravo. A PM do Amapá, em 2021, representou 31,8% de todas as Mortes Violentas Intencionais do Estado. No Distrito Federal observa-se que os agentes corresponderam a 2,3% das MVI no mesmo ano. Mortes essas que aconteceram nos finais de semana, aos sábados e domingos (Bueno *et al.*, 2022). Outra pesquisa analisou a PM do Rio de Janeiro, 475 policiais militares foram atendidos no ambiente hospitalar devido ferimento por arma de fogo entre os anos de 2003 e 2017, com maior prevalência para o sexo masculino, maior incremento entre julho de 2015 e dezembro de 2017, estavam em serviço e eram soldados. Quanto ao estado clínico, eles foram classificados como grave, e oito PM foram a óbito (Maia *et al.*, 2021).

Como observado, a violência tornou-se uma das principais preocupações tanto da população como do Estado, visto que as taxas alarmantes de crime violento têm impactado na forma de viver da sociedade como um todo. Além de desestimular o turismo, a vinda de empresas estrangeiras e elevar o investimento na segurança pública e em saúde. Mesmo o Brasil possuindo uma legislação rigorosa sobre o porte e posse de arma de fogo, através da Lei nº. 10.286, de 22 de dezembro de 2003, conhecida como Lei do Desarmamento, o que tornou mais difícil adquirir, de forma legal, armas e munição. Uma vez que para adquiri-la é necessário, além de declarar a efetiva necessidade, comprovar idoneidade, ocupação lícita, residência certa, capacidade técnica e aptidão psicológica, o que implica em aumento do custo final. Condições estas que aumentam a compra ilegal, mesmo implicando em pena de detenção de um a três anos e multa (Dantas, 2020; Waldow, 2018).

No contexto dos anos potenciais de vida perdido, no Distrito Federal, um estudo analisou a PM, os profissionais de ensino e a população geral, entre os PM a taxa de APVP é de 23,8 anos, semelhante a taxa da população geral (22,6 anos perdidos) e dos profissionais de ensino (20,7 anos). No entanto ao analisar os óbitos segundo faixa etária nas populações estudadas, nota-se maior vulnerabilidade em determinadas idades, onde se é possível identificar as diferenças particulares em cada população (Lacerda, 2020). Ressalta-se que existem poucos estudos sobre os APVP publicizados, em especial voltados para PM.

Estudo realizado no Ceará, sinalizou que 95,0% dos PM eram do sexo masculino, idade entre 31 a 40 anos (53,8%), pardos (69,2%), católicos (47,9%), vivendo em união estável

(67,5%) (Carvalho, 2020). Trabalho conduzido no Batalhão da Polícia Militar da Bahia, apontou que grande maioria era do sexo masculino (89,8%), com faixa etária média de 34 anos e casados (66,1%) (Souza Leite *et al.*, 2019). Outro estudo realizado em Sergipe com 254 PM, mostrou que a maioria (83,5%) eram homens, média de idade foi de 36,5 (Nascimento *et al.*, 2020).

Outro estudo que visou identificar a condição do capital psicológico de trabalhadores de uma corporação policial do extremo sul de Santa Catarina, obteve como resultado policiais do sexo masculino (82,6 %), com média de idade 34,31, casados (39,1%), quatro e sete anos de serviço militar (28,0%), jornada de trabalho mais de 40 horas por semana (38,3%), e 60,0% declaram realizar horas extras. Em relação a posição hierárquica, 66,1% da amostra foi composta por soldados (Joner, 2022).

Observar-se que a inserção do sexo feminino na carreira militar está longe de significar um avanço na igualdade entre os gêneros, visto que, as mulheres ainda são minoria nas corporações, logo enfrentam preconceitos e degradações em âmbito profissional, principalmente devido à masculinidade ser um instrumento de poder intrínseco na segurança pública (Silva; Rudnicki; Campos, 2023).

Diante do exposto, mesmo com leis mais rígidas os índices de violência com uso de arma de fogo vêm ganhando destaque com o passar dos anos. Acrescenta-se ainda a importância do desenvolvimento de políticas públicas que visem prevenir e direcionar não só os entes governamentais, mas a própria população, bem como o desenvolvimento de pesquisas e ações que tentem desmistificar a imagem social do PM, que foi construída ao longo da história, com vistas a conscientizar a população para que olhem de forma empática e humanizada. Para além disso, o investimento em melhoria da qualidade de vida dos agentes.

Observa-se incipiência de estudos publicizados que abordem os APVP na polícia militar, assim como mais pesquisas, especialmente de campo, voltadas para PMCE. Para além disso destaca-se a importância de mais estudos direcionados para a mortalidade nos profissionais de segurança pública.

## 9.2 MORTALIDADE ENTRE A POPULAÇÃO GERAL NO ESTADO DO CEARÁ NOS ANOS DE 2011 A 2021

Considerando a População Geral, os óbitos foram mais frequentes em idosos pardos do sexo masculino, casados e com baixo grau de escolaridade. Como principais causas, destacam-se doenças do aparelho circulatório, respiratório, neurológico e causas externas.

Corroborando com essa ideia, um estudo realizado no Ceará, entre 2009 e 2019, trouxe 132.145 óbitos por doenças cardiovasculares, com crescimento médio de 3,0% ao ano e maior prevalência em homens, idosos, pardos, casados e com menor escolaridade (Santos *et al.*, 2023).

Perfil semelhante também em solo brasileiro, com diferenciação apenas na raça/cor. Estudos apontam a população idosa, do sexo masculino, da cor branca e com menor escolaridade está mais susceptível ao óbito por doenças advindas do aparelho circulatório (Batista *et al.*, 2021; Conte *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2020).

Para Malta *et al.*, (2017) esse elevado número de óbitos por doenças não transmissíveis está diretamente relacionado as condições de desigualdades socioeconômicas ainda presente em solo brasileiro. Associado a isso, Polanczyk (2020) acrescenta outros fatores como o envelhecimento da população, a globalização e urbanização, assim como o aumento da obesidade e inatividade física como fatores determinantes no aumento desse número de mortes.

Diante do exposto, destaca-se a necessidade de modificação nos hábitos de vida da população, visando evitar a incidência das várias doenças que acomete o miocárdio. Dentre elas, a atividade física regular associada a uma alimentação equilibrada se sobressai, principalmente entre os indivíduos que possuem predisposição para desenvolver problemas cardíacos (Puentes, 2023). Fato que reduziria o número de óbitos por essas causas.

No contexto da mortalidade por PNM, o estudo de Ferraz *et al.*, (2017) revelou uma crescente tendência de óbitos por essa patologia até 2012 na região Nordeste. Para além disso, destaca-se os anos de 2017 a 2021, com elevada prevalência de mortalidade por essa causa em 2019, com decréscimo nos anos subsequentes, chegando a atingir aproximadamente 27 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2021 (Oliveira *et al.*, 2023).

No cenário pandêmico da COVID-19, observa-se que o número de óbitos foi bem mais acentuado entre os PM (9,20) do que na população geral (5,0). No Ceará, mesmo tendo como maiores infectadas as mulheres pardas com idade média de 34 anos, a prevalência dos óbitos por COVID foi em homens com 80 anos ou mais (Pinheiro *et al.*, 2021). Outro fato que merece destaque é, segundo Oliveira *et al.*, (2023), o pico de mortalidade por pneumonia no Brasil foi diretamente influenciado pela COVID-19.

Outro indicador que merece destaque são os Anos Potenciais de Vida Perdidos. Na PG a faixa etária mais atingida foi a adulto jovem, de 25 a 34 anos, período que a população se encontra mais ativa, inclusive economicamente. Divergente da polícia militar que foi na faixa etária de 50 a 54 anos.

Corroborando com essa ideia, em solo cearense, no ano de 2020, ao se analisar os APVP obteve-se um total de 638.371 anos, sendo mais prevalente no sexo masculino (512.616,5 anos) (Rocha, 2020). Devido a população masculina representar mais de 99,0% da amostra desse estudo, optou-se por não dividir por sexo. Estudo realizado na região sul do Brasil trouxe um elevado número de homicídios entre a população adulta jovem do sexo masculino, com predomínio de anos perdidos na faixa etária de 20 a 29 anos, o que sinaliza questões socioeconômicas, visto se tratar de um agravo prevenível (Chen; Gomes, 2022).

O estudo de Corrêa *et al.*, (2016), trouxe como maior prevalência da mortalidade masculina e APVP na cidade de Cuiabá-MT, entre os anos de 2002 e 2012, as causas externas na faixa-etária de 20 a 29 anos, apontando a mortalidade prematura nesse público quando comparada as demais idades e grupos de causas. Destacando-se as mortes em decorrência de causas violentas, doenças crônicas e degenerativas.

Quando se observa outras causas de mortalidade, em Minas Gerais, o número de óbitos notificados no SIM, de pessoas até 74 anos devido o câncer entre 2014 e 2018, foi de 75.203 o que totaliza 1.263.919 APVP, maior prevalência entre os homens (54,86%), com idade de 15 a 64 anos (80,95%) (Andrade *et al.*, 2020).

No que concerne os óbitos por Acidente Vascular Cerebral na população adulta, no Pará, de 2000 a 2021 revelou o sexo masculino como o mais acometido. Com relação ao número de anos potenciais de vida perdidos por essa patologia, ressalta um acréscimo de 10.099 anos em 2000 para 21.754 anos em 2021. E segundo o modelo de regressão *Joinpoint*, foi observado tendência decrescente de 1,0% após o ano de 2008 e houve incremento do número de mortes com a progressão da idade, sendo os grupos etários de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais os que apresentaram os maiores coeficientes (Ronja *et al.*, 2024).

Sobre a mortalidade por DCNT, o sexo masculino se sobressai, com maior prevalência no ano de 2014 e incremento nas doenças cardiovasculares. No contexto feminino, destaca-se as neoplasias em 2012. Do total de 4.762 óbitos prematuros, o número de APVP por DCNTs foi de 56.957 anos, sendo maior para o sexo masculino (Istilli *et al.*, 2020).

Durante os primeiros anos da pandemia por COVID-19, as DANT (como Doenças do Aparelho Circulatório e Neoplasias) tiveram uma redução significativa, enquanto as Doenças infecto-parasitárias apresentaram um aumento, especialmente no ano de 2021. Assim, observa-

se o impacto da pandemia na mortalidade brasileira. Além do efeito direto é possível supor que efeitos indiretos, como o isolamento social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde durante a pandemia, possam ter agravado as condições clínicas dos portadores de DANT, contribuindo ainda mais para o aumento da mortalidade por essas causas (Ferreira, 2024).

Portanto, é imprescindível realizar novas pesquisas nessa área, para que seja possível planejar e estruturar medidas com potencial para conter a elevação de indicadores, promover qualidade de vida e oferecer saúde à população, em especial para o público masculino.

## 10 CONCLUSÃO

Evidenciou-se que homens, pardos, idosos, casados e com nível superior incompleto representou o público mais afetado. Dados semelhantes foram encontrados na população geral, diferenciando apenas no nível de escolaridade. As causas de óbitos são semelhantes, em sua grande maioria, variando apenas a ordem, porém ressalta-se que ser policial militar em solo cearense o deixa mais vulnerável ao óbito por causas externas. Considerando os postos e graduações, observa-se que os soldados e capitães foram as principais vítimas. Os principais resultados observados desenham uma rede de vulnerabilidade na qual o policial militar está inserido advindo da própria atividade laboral.

Ao se avaliar a série histórica, observa-se que a tendência de mortalidade não é uniforme em todo o período. Para além disso, foram identificados municípios com altos coeficientes de mortalidade na região metropolitana de Fortaleza, tanto na PM quanto na PG. Destaca-se a capital Fortaleza, seguido das cidades de Caucaia e Maracanaú. Acrescenta-se ainda os municípios de Sobral (Região Norte) e Juazeiro do Norte (Cariri) que se sobressaem no número de óbitos apenas na PMCE. Quando se estratifica esses números e se analisa somente o sexo masculino, observa-se que na PM não houve variações. No entanto, na PG, as cidades de Juazeiro do Norte, Camocim e Viçosa do Ceará se destacam.

Acrescenta-se ainda que o estudo apresentou algumas limitações, como ser proveniente de dados secundários, incipiência de estudos voltados para a temática e a limitação de dados sobre a polícia militar do Ceará nas plataformas de domínio público. No entanto, a reflexão apresentada nesta tese, tenta superar, em parte, as muitas limitações.

O conhecimento das causas de mortalidade pode auxiliar no desenvolvimento de políticas de prevenção de doenças e proteção à saúde desses policiais, visando minimizar os óbitos, principalmente por causas evitáveis na PMCE.

## REFERENCIAS

- ALBUQUERQUE, F.G. F. **Características sociodemográficas de homens atendidos na Atenção Primária à Saúde. 2019.** 15f. Artigo (Bacharelado em Medicina) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2019.
- ANDRADE, J. V.; SOUZA, J. C. M.; LINS, A. L. R.; SOUZA, C. C.; PIMENTEL, T. L.; ABIJAUDE, W.; CANAZART, K. H. M.; OLIVEIRA, E. F. C. Anos potenciais de vida perdidos nos últimos cinco anos em decorrência do câncer em Minas Gerais: Câncer em Minas Gerais. **Revista Atenas Higeia**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 13 - 17, 2020. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/62>. Acesso em: 23 abr. 2024.
- ANGEL, A. Encarnando (in) seguridad. Orden policial y política de la presencia en la frontera norte de Chile. Antípoda. **Revista de Antropología y Arqueología**, n. 29, p. 87-103, 2017.
- ANJOS, I. E. P.; DE SOUZA, A. A.; SAMARIDI, I. **A importância da saúde mental no trabalho do policial militar.** 2018.
- ANTUNES, E.J. F. **Hierarquia na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro: uma análise crítica de seus efeitos na saúde.** 2019. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
- ARAÚJO, I. A. G.; LEITÃO, P. R. P.; BATISTA, J. F. C. Padrão temporal da mortalidade por agressões no Estado do Ceará no período de 2006 a 2020. **Research, Society and Development**, 11, n. 11, p. e354111133802-e354111133802, 2022.
- ARAÚJO, J. I. F.; DE SOUTO MEDEIROS, M. R.; DE SOUZA, T. A.; DA SILVA, I. T. S. *et al.* Grupo estratégico de promoção da saúde como dispositivo de cuidado a pessoas que vivem com diabetes mellitus. **Research, Society and Development**, 10, n. 4, p. e52810414436-e52810414436, 2021.
- ARROYO, T. R.; BORGES, M. A.; LOURENÇÃO, L. G. Saúde e qualidade de vida de policiais militares. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 32, 2019.
- ASONGU, S. A.; NWACHUKWU, J. Mitigando externalidades do terrorismo no turismo: evidências globais de policiais, agentes de segurança e pessoal de serviço armado. **Current Issues in Tourism**, v. 22, n. 20, p. 2466-2471, 2019.
- ÁVILA, V. K. **¿ Qué pasó con la reforma policial en Venezuela? Preguntas y respuestas básicas sobre el proceso en su etapa púber.** Análisis, Programa de Cooperación en Seguridad Regional, Friedrich-Ebert-Stiftung (fes), Bogotá, 2019.
- AZEVEDO, E. F. D. A polícia e suas polícias: clientela, hierarquia, soldado e bandido. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 37, p. 553-564, 2017.

BATTAGLINO, J. Fuerzas intermedias y lucha contra el tráfico de drogas: el caso de la Gendarmería en Argentina. URVIO, **Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad**, n. 18, Quito, junio, p.76-89. 2016.

BATITUCCI, E. C. Gerencialismo, estamentalização e busca por legitimidade: O campo policial militar no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 34, n. 101, 2019.

BATISTA, JV.; LEMOS, MH da S.; SILVA, FM da.; JUATINO, MRV.; PIRES, AS.; SILVA, WG.; GOMES, AT. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina no Brasil, 2014-2018. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 5, pág. e51710515248, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.15248. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15248>. Acesso em: 29 mar. 2024.

BANZATTO, S. **O indicador APVP: perfil de mortalidade no Estado de São Paulo**. Bookerfield Editora, 2021. 6589929114.

BARBOSA, C. H. M. **Policiando o sertão: policiais militares, poderes locais e ordem pública no Ceará da primeira república (1889-1930)**. 2014.

BARBOSA, A. B.; MENDES, A. L. D. R. F.; SANTOS, G. C. M. D.; CAVALCANTE, A. C. M. *et al.* Perfil antropométrico e alimentar de policiais militares. **Motricidade**, v. 14, n. 1, p. 96-102, 2018.

BARBOSA, L. M.; MENEZES, C. N. B. A importância do apoio psicológico na saúde mental dos policiais militares de Fortaleza. **Psicologia Argumento**, 35, n. 89, 2019.

BARTZ, M.; QUARTIERI, E.; MENEZES, G. Criminalidade no Rio Grande do Sul: uma análise econométrica para os COREDES no ano de 2010. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, 12, n. 1, p. 110-128, 2018.

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**, 40, p. 131-137, 2018.

BENSAÏD, C.; GUIHO-BAILLY, A.; LAFOND, M.-P.; GRENIER-PEZÉ, P. *et al.* Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos. **BOD GmbH DE**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 67, 2022.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Volume 53, N.º 2, jan. 2022.

\_\_\_\_\_. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, p. 43-51, 2006.

BUENO, S. *et al.* FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública - 2019**. FBSP: São Paulo, 2019.

\_\_\_\_\_. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública - 2021** FBSP: São Paulo, 2021.

\_\_\_\_\_. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública – 2022**. FBSP: São Paulo, 2022.

CAMPOS, L. C. A continuidade punitiva na história do Brasil: da era colonial à redemocratização. **Epígrafe**, 10, n. 1, p. 132-162, 2021.

CARNEIRO, A. L. C.; NOBRE, C. V.; DE SOUZA MACIEL, R.; MORAIS, H. C. C. M. **Caracterização da Síndrome de Burnout em Policiais Militares relacionada aos riscos ocupacionais: revisão de literatura**. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), 6, 2019.

CARVALHO, G. S. O. **Características do adoecimento psicoemocional e exposição à violência entre policiais militares da cidade de Fortaleza, Ceará. 2020**. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

CARVALHO, V. L. D.; OLIVEIRA, D. C. G. D.; SILVA, M. O.; OLIVEIRA, J. D. G. D. *et al.* Caracterização dos policiais militares de Alagoas acometidos por COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, 20, n. 1, p. 72-78, 2022.

CAVALCANTE, T. L.; TAVARES, L. M.; LUCIANO, W. V.; BERNARDO, L. P. O discurso dos profissionais da estratégia saúde da família acerca dos determinantes sociais da saúde. **International Journal of Development Research**, 10, n. 03, p. 34910-34914, 2020.

CEARA. **Quem Somos** - CE-Prevcom - Cearaprev. Secretária do Planejamento e Gestão, 2021.

CEARÁ. **Lei n.º 15.217, de 05.09.12** (D.O. 20.09.12). Dispõe sobre a organização básica da Polícia Militar do Ceará e dá outras providências. 2012. Disponível em: <https://belt.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/defesa-social/item/2020-lei-n-15-217-de-05-09-12-d-o-20-09-12>. Acesso em 25/07/2022.

CEARÁ. **Decreto nº 32.973 de 18 de fevereiro de 2019**. Dispõe sobre a adoção de medidas de contenção de gastos no poder executivo estadual e dá outras providências. 2019. Disponível em: <https://www.cge.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2019/06/DECRETO-N%C2%BA32.973-de-18-de-fevereiro-de-2019-DOE-18.02.19-ADO%C3%87%C3%83O-DE-MEDIDAS-DE-CONTEN%C3%87%C3%83O-DE-GASTOS-NO-PODER->

EXECUTIVO-ESTADUAL-E-D%81-OUTRAS-PROVID%8ANCIAS.pdf. Acesso em: 25/07/2022

CERQUEIRA, D. **Atlas da Violência 2017** - Ipea e FBSP. Brasília; IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 69 p. 2017.

CERQUEIRA, P. P. D.; LIMA, J. V. E. **Qualidade do sono e desempenho físico de Policiais Militares do Distrito Federal**. Orientador: Daniel Tavares de Andrade. 2021. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Educação Física) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2021.

CLARO, R.B. M. **O panorama securitário ibérico: estratégias de organização policial**. Mestrado em Ciências Policiais. ISCPPI - Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna. 2018.

CHEN, E. W; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. de A. Homicídios: mortalidade e anos potenciais de vida perdidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE01116, 2022.

CRESTANI, J. M. P.; SPINDOLA, L. de C; SILVA, F. C. **Perfil da mortalidade em idosos no Estado de Santa Catarina em 2019**. TCC de graduação. Faculdade de Medicina. Repositório Universitário da Ânima (RUNA). 2022.

COELHO, E.; ANTLOGA, C.; MAIA, M.; TAKAKI, K. Autoeficácia e Qualidade de Vida no Trabalho: um estudo com policiais militares. **Psicologia: teoria e pesquisa**, 32, 2017.

COLAÇO, V. D. F. R.; QUIXADÁ, L. M.; ARAÚJO MENEZES, J.; LIMA CAVALCANTE, A. J. *et al.* Aproximações do Campo-tema Juventude e Violência na Periferia de Fortaleza. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 21, n. 2, p. 474-493, 2021.

CONTE, R. *et al.* Principais causas de óbitos em idosos no Brasil. **Enciclopédia biosfera**, v. 15, n. 28, 2018. Disponível em: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/485>. Acesso em: 30 mar. 2024.

CORREIA, Á. C. P. *et al.* Principais causas da mortalidade masculina e os anos potenciais de vida perdidos por estes agravos. **Cienc. cuid saúde**, v. 15, n. 4, p. 746-754, 2016.

COSTA, D. R.; REGO, A. G. S.; DE SOUZA, L. G. M.; FALCÃO, B. P. Associação entre taxa de mortalidade infantil e indicadores de habitação e saneamento: um guia para tomada de decisão em medicina preventiva e social. **Revista de Administração em Saúde**, 20, n. 79, 2020.

COSTA, E. M. **Hipótese da onipresença da polícia militar: a segurança pública à luz do security theater**. 2018. 62 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

COSTA, E. B.; BARROS, A. S. **A percepção da avaliação na aprendizagem na modalidade do ensino a distância dos alunos do curso de habilitação de sargentos da PMCE-CHS da AESP CE**. InFor, 2, n. 1, p. 289-309, 2017.

- CRUZ, M. C. D. **Análise epidemiológica da mortalidade de adultos e idosos da II Região de Saúde de Pernambuco**. RI UFPE Trabalhos de Conclusão de Curso. (CAV) Centro Acadêmico de Vitória (CAV-CSC) - Curso de Saúde Coletiva, 2018.
- DANTAS, E. S. O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, 29, 2019.
- DANTAS, E. S. **Flexibilização da posse de arma de fogo no Brasil na perspectiva do atual ordenamento jurídico**. 2020.
- DEVER, G. E.; CHAMPAGNE, F. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. In: **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**, p. 394-394. 1988.
- DOERR, M. B. **Política habitacional e ditadura militar: análise comparada entre Chile e Brasil**. p. 155, 2017.
- DOMBROSKI, M. *Changing police culture: raising awareness of the importance of mental health*. 2017.
- DORNELES, A. J. A.; DE LIMA DALMOLIN, G.; DE SOUZA MOREIRA, M. G. Saúde do trabalhador militar: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, 6, n. 1, p. 73-80, 2017.
- ESCÓCIO, E. M. S.; DE AGUIAR, A. P.; DE LIMA SILVA, A.; CANTO, T. G. *et al.* Perfil clínico e fatores de risco cardiovasculares em policiais militares do município de Santarém, Oeste do Pará. **Research, Society and Development**, 9, n. 8, p. e517985737-e517985737, 2020.
- FACIO, J. S.; GOMES, A. Q. A violência e a criminalidade como heranças da colonização e dos períodos ditatoriais: a segurança pública como refém da história do Brasil. **Revista Digital Estudos Historicos**, n. 20, p. 7, 2018.
- FERRAZ, R. de O.; OLIVEIRA-FRIESTINO, J. K.; FRANCISCO, P. M. S. B. Tendência de mortalidade por pneumonia nas regiões brasileiras no período entre 1996 e 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, p. 274-279, 2017.
- FERMINO, R.; REIS, R. Variáveis individuais, ambientais e sociais associadas com o uso de espaços públicos abertos para a prática de atividade física: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 18, n. 5, p. 523-523, 2013.
- FERREIRA, L. B.; DIAS, C. A. Subjetivação e adoecimento no trabalho policial militar à luz da psicodinâmica. **Revista Gestão em Análise**, 11, n. 2, p. 110-126, 2022.
- FERREIRA, P. H. M. **Mortalidade no Brasil: antes, durante e após a COVID-19-2017 a 2022**. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) –Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

FIGUEIRÔA, B. D. Q.; FRIAS, P. G. D.; VANDERLEI, L. C. D. M.; VIDAL, S. A. *et al.* Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Mortalidade no Estado de Pernambuco em 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 28, 2019.

FILHO, R. T. B.; D'OLIVEIRA JR, A. *The prevalence of metabolic syndrome among soldiers of the military police of Bahia state, Brazil.* **American journal of men's health**, 8, n. 4, p. 310-315, 2014.

FRANÇA, F. G. Entre o disciplinamento e a humanização policial militar: conflitos, “avanços” e desafios. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, 6, n. 1, p. 83-102, 2018.

FRANÇA, F. G. “O soldado é algo que se fabrica”: Notas etnográficas sobre um curso de formação policial militar. **Revista TOMO**, n. 34, p. 359-392, 2019.

FRANÇA, F. G.; DUARTE, A. “Soldados não choram?”: reflexões sobre direitos humanos e vitimização policial militar. **Revista LEVS**, 19, n. 19, 2017.

FRANÇA, F. G.; FARIAS GOMES, J. L. " Se não aguentar, corra!": um estudo sobre a pedagogia do sofrimento em um curso policial militar. **Revista brasileira de segurança pública**, 9, n. 2, 2015.

FREDERIC, S. *La politización del trabajo policial en Buenos Aires: gendarmes y policías locales frente al policiamiento de proximidad. Trabajo y sociedad: Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas*, n. 31, p. 33-51, 2018.

GARBARINO, S.; MAGNAVITA, N. *Sleep problems are a strong predictor of stress-related metabolic changes in police officers. A prospective study.* **PLoS One**, 14, n. 10, p. e0224259, 2019.

GARBIN, A. D. C.; CHIORO, A.; PINTOR, E. A. D. S.; MARQUES, M. D. S. *et al.* Loucura e o trabalho: integralidade e cuidado em rede no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26, p. 5977-5985, 2021.

GIANINI, R. J.; DOS ANJOS, R. M. P. Declaração de óbito e saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, 21, n. 4, p. 149-150, 2019.

GODOY SUMARIVA, P. H. Atos Acautelatórios da Autoridade Policial. Afastamento de funcionário público indiciado pela Lei nº 9.613/98. **Revista de Direito de Polícia Judiciária**, 1, n. 2, p. 101-114, 2017.

GONÇALVES, E. T.; DA SILVA, J. J. T. Morbimortalidade masculina por causas externas no Brasil: 2009-2018. **Rev. enferm.** UFPE on line, p. 1-22, 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

ISHITANI, L. H. *et al.* Qualidade da informação das estatísticas de mortalidade: códigos trash como causas de morte em Belo Horizonte, 2011-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 34-45, 2017.

ISTILLI, P. T. *et al.* Avaliação da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20180440, 2020.

JESUS, J. L. B. **Polícia militar & direitos humanos: segurança pública, brigada militar e os direitos humanos no estado democrático de direito**. Jurua Editora, 2004.

JONER, L. P. A. **A condição do capital psicológico de policiais militares do Extremo Sul Catarinense como indicador de saúde funcional**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. 2022.

JÚNIOR, G. R. C.; TONELLO, L.; DE REZENDE NEVES, R. L.; RIBEIRO, J. C. *et al.* Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão. Amazônia: **Science & Health**, 1, n. 1, 2013.

KIENTEKA, M.; FERMINO, R.; REIS, R. Fatores individuais e ambientais associados com o uso de bicicleta por adultos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 19, n. 1, p. 12-12, 2014.

KWON, S. H.; MYONG, J.-P.; KIM, H.-A.; KIM, K. Y. *Association between morbidity of non-communicable disease and employment status: a comparison between Korea and the United States*. **BMC Public Health**, 20, n. 1, p. 1-11, 2020.

LACERDA, H. J. M. **Óbitos de causa cardiovascular em militares da ativa: levantamento histórico e considerações**. Rio de Janeiro. 2020.

LEIRNER, P. D. C. **Meia-volta, volver: um estudo antropológico sobre a hierarquia militar**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 71-111, 1997.

LIMA, R. K. Republicação: Direitos civis, Estado de direito e “cultura policial”: A formação policial em questão. **Revista Campo Minado-Estudos Acadêmicos em Segurança Pública**, 1, n. 1, 2021.

LINO, L. P. N. O controle disciplinar exercido pela Controladoria Geral de Disciplina sobre a Polícia Militar do Ceará: uma análise das transgressões cometidas e dos registros de arquivamento/absolvição entre 2011 e 2016. **Revista Controle-Doutrina e Artigos**, 15, n. 2, p. 259-288, 2017.

LOPES, C.; RIBEIRO, E. A.; DE SOUZA, M. A. Policiamento e gênero: percepções entre policiais militares paranaenses. **Opinião Pública**, 27, n. 1, p. 298-322, 2021.

MACIEL, G. S. **Eficiência técnica da polícia militar: um estudo dos comandos de policiamento regionais do Distrito Federal por meio da análise envoltória de dado**. Dissertação apresentada na Universidade Federal de Goiás (UFG). 2019.

MAIA, A. B. P.; ASSIS, S. G.; RIBEIRO, F. M. L.; WERNERSBACH, L. Ferimentos não fatais por arma de fogo entre policiais militares do Rio de Janeiro: a saúde como campo de emergência contra a naturalização da violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26, p. 1911-1922, 2021.

MALTA, D. C.; SILVA, A. G.; TEIXEIRA, R. A.; MACHADO, I. E. *et al.* Evaluation of the achievement of the goals of the Strategic Action Plan for Coping with Chronic Diseases in Brazil, 2011-2022. **An Inst Hig Med Trop (Lisb)**, 1, p. 9-16, 2019.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; VIEIRA NETO, E.; CURCI, K. A. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, p. 2973-2983, 2020.

MALTA, D. C.; TEIXEIRA, R. A.; CARDOSO, L. S. D. M.; SOUZA, J. B. D. *et al.* Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis em capitais brasileiras: redistribuição de causas *garbage* e evolução por estratos de privação social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 26, p. e230002, 2023.

MALTA DC C, FRANÇA E, ABREU DMX, PERILLO RD, SALMEN M C, TEIXEIRA R A, *et al.* Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. São Paulo **Med. J.** v. 135, n. 3, p:21. 2017.

MARÇAL, H. I. F.; SCHLINDWEIN, V. D. L. D. C.; BARBOSA, E. A. G.; DA SILVA, M. O. Vivências de prazer-sofrimento na organização do trabalho dos policiais militares da Região Norte. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 23, n. 2, p. 203-217, 2020.

MARINHO, M. F. Como melhorar a qualidade da informação sobre mortalidade? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 22, p. e190017, 2019.

MARINHO, M. F.; FRANÇA, E. B.; TEIXEIRA, R. A.; ISHITANI, L. H. *et al.* Dados para a saúde: impacto na melhoria da qualidade da informação sobre causas de óbito no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 22, p. e19005-supl, 2019.

MARTINS, R. C.; RAMOS, M. F. H.; SILVA, E. P.; PEREIRA, E. C. D. C. S. Lesões musculoesqueléticas em Policiais Militares: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, 9, n. 8, p. e789986134-e789986134, 2020.

MARTINS, W. E. B.; LORETO, M. D. D. S.; BIFANO, A. C. S.; MONTOYA, D. Y. H. O cenário do trabalho do Policial Militar: espacialização e reflexos no adoecimento funcional. **Brazilian Journal of Development**, 7, n. 3, p. 27771-27785, 2021.

MAZZA, L. “Covid-19 tira 7 mil policiais das ruas”. **Revista Piauí**, Questões de Segurança, 13 mai. 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/covid-19-tira-7-mil-policiais-das-ruas/> Acesso em: 25 ago. 2022.

MEDEIROS, L. F.; CABRAL, A.A. L. Ser homem: um estudo sobre as masculinidades no interior do Nordeste brasileiro. **CIAIQ2019**, 2, p. 559-568, 2019.

MELO, M. A. D. O. **Estatuto dos Militares Estaduais do Ceará**. Lei Nº 13.729, de 11 de janeiro de 2006. 60 p. 2016.

MELO, S. P. D. S. D. C.; CESSE, E. Â. P.; LIRA, P. I. C.; RISSIN, A. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, p. 3159-3168, 2019.

MELO, J.; PAIVA, L. F. S. Violências em territórios faccionados do Nordeste do Brasil: notas sobre as situações do Rio Grande do Norte e do Ceará. **Revista USP**, 1, n. 129, p. 47-62, 2021.

MELLER, F. D. O.; SANTOS, L. P. D.; MIRANDA, V. I. A.; TOMASI, C. D. *et al.* Desigualdades nos comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: Vigitel, 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, 38, p. e00273520, 2022.

MENDES, JDV. Perfil da Mortalidade em Adultos por Faixa Etária e Sexo no Estado de São Paulo em 2013/Mendes JDV. **BEPA**, v. 12, n. 143, p:1-17. 2015.

MINAYO, M. C. D. S.; SOUZA, E. R. D.; CONSTANTINO, P. Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. **Editora Fiocruz**, 2008.

MONA, G. G.; CHIMBARI, M. J.; HONGORO, C. *A systematic review on occupational hazards, injuries and diseases among police officers worldwide: Policy implications for the South African Police Service*. **Journal of occupational medicine and toxicology**, 14, n. 1, p. 1-15, 2019.

MORAIS, R. M. D.; COSTA, A. L. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Saúde em Debate**, 41, p. 101-117, 2017.

MOREIRA, M. D.; SILVA, L. D. A. M. Dejours, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez; Oboré. **Psicologia e Saúde em debate**, 5, n. 2, p. 140-144, 2019.

MREJEN, M.; ROCHA, R.; MILLETT, C.; HONE, T. *The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis*. **The Lancet Regional Health-Americas**, 4, p. 100034, 2021.

NASCIMENTO, M. F. D. C.; FEITOSA, F. B.; RODRÍGUEZ, T. D. M. Estresse psicológico, depressão e habilidades sociais de policiais militares. **Research, Society and Development**, 9, n. 10, p. e5149108789-e5149108789, 2020.

NASCIMENTO, V. M. S.; SOARES, N. M. M.; OLIVEIRA, D. P. M.; TELES, L. L. *et al.* Atividade física e fatores associados à ideação suicida em policiais militares de Sergipe, Brasil. **Motricidade**, 16, n. S1, p. 94-103, 2020.

NASAR, H.; NAQVI, I. B. Paz em Perspectiva: Uma Análise Visual de Dados do Índice Global de Paz 2023. **Journal of Development and Social Sciences**, v. 5, n. 2, p. 31-39, 2024.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NIH). *Division of Cancer Control & Population Sciences*. Disponível em: <https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint/setting-parameters/method-and-parameters-tab/model-selection-method>. Acesso em: 27 nov. 2023.

NETO, S. C. D. A. M. **O modelo policial na Alemanha**. 2019.

NEVES, D. R.; NASCIMENTO, R. P.; FELIX JR, M. S.; SILVA, F. A. D. *et al.* Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à *Scientific Periodicals Electronic Library*. Cadernos Ebape. Br, 16, p. 318-330, 2018.

NUMMER, F.; CARDOSO, I. Estigma do adoecimento na polícia militar do Pará. **Política & Trabalho**, n. 49, p. 227-245, 2018.

NUNES, D.; ARAÚJO, M. R. M.; MARQUES, E. C. Influência da socialização organizacional sobre o comprometimento organizacional: um estudo de caso na Polícia Militar de Sergipe. **Administração Pública e Gestão Social**, 2020.

NUNES, J. de P. **Transição demográfica e transição epidemiológica no Brasil: uma análise sobre os perfis de estrutura etária e de mortalidade nas unidades federativas no País em 2015**. 2021. 100 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal de Alfenas, Varginha, MG, 2021.

NUNES NETO, P. A.; OLIVEIRA, J. B.; DOMBROWSKI, P. E.; PEDRO, E. C.; NUNES, P. B. M. Perfil Epidemiológico De Causas De Mortalidade Geriátrica No Rio Grande Do Sul Em 2020. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, [S. l.], v. 18, n. 3, 2022. DOI: 10.5335/rbceh.v18i3.13630. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/13630>. Acesso em: 29 mar. 2024.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; CERQUEIRA, M. B. R.; RODRIGUES NETO, J. F. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Montes Claros (MG). **Ciência & saúde coletiva**, 16, p. 1303-1310, 2011.

OLIVEIRA, C. M. de *et al.* Avaliação do impacto da investigação dos óbitos com códigos garbage na qualidade da informação sobre causas de morte no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e19007. supl. 3, 2019.

OLIVEIRA SOARES, R. J.; DE BARBA, M. L.; DA COSTA NEGRAES, F.; BUSSARDES, L. D. P. B. *et al.* Saúde dos Policiais Militares: um estudo de revisão. **Brazilian Journal of Development**, 7, n. 7, p. 68816-68826, 2021.

OLIVEIRA, M. L. C.; NASCIMENTO, R. G. Perfil sociodemográfico, clínico e antropométrico de policiais militares do serviço operacional da Região Metropolitana de Belém, Brasil. **Brazilian Journal of Development**, 6, n. 10, p. 83281-83296, 2020.

OLIVEIRA JÚNIOR, E. L. de. **Perfil vitimológico nos crimes violentos letais e intencionais (CVLI), na cidade de Fortaleza, no período 2014-2019**. 54 f. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

OLIVEIRA, M. L. de *et al.* Mortalidade por pneumonia nas macrorregiões do Brasil entre 2017 e 2021. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 12, p. 155–163, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i12.12341. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12341>. Acesso em: 11 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Doenças não transmissíveis: monitor de progresso 2022**. Organização Mundial da Saúde, 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/353048>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

PAIVA, L. F. S. “Aqui Não Tem Gangue, Tem Facção”: as transformações sociais do crime em Fortaleza, Brasil. **Caderno CRH**, 32, n. 85, p. 165-184, 2019.

PAIVA, L. F. S.; BARROS, J.; CAVALCANTE, R. Violência no Ceará: As chacinas como expressão da política e do conflito entre facções. **O público e o privado**, n. 33, 2019.

PEREIRA, G. K.; MADRUGA, A. B.; KAWAHALA, E. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, 28, p. 500-509, 2020.

PEREIRA, E. F.; TOLFO, S. T. R. Estudos sobre sentidos e significados do trabalho na psicologia: uma revisão das suas bases teórico epistemológicas. **Psicologia Argumento**, 34, n. 87, 2017.

PEREIRA, M. G.; TAUIL, P. L.; GODOI, A. M. M. Avaliação de método de ensino para preenchimento de declaração de óbito. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 17, p. 23-24, 2021.

PEREIRA, S. V. C. C.; SANTOS, S. J. Coerção e consenso: dilemas da formação policial militar. **Revista Brasileira de Estudos de Segurança Pública**, 11, n. 2, 2018.

PERES, U. D. *et al.* Desafios para o estudo comparado do financiamento da segurança pública nos estados. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 29, p. e88328, 2024.

PERSAUD, N.; DAGHER, R. The united nations: 2030 sustainable development goals agenda. In: *The Role of Monitoring and Evaluation in the UN 2030 SDGs* **Agenda: Springer**, p. 1-41, 2021.

PESSOA, A. D. L. B. **Da Lei de anistia (1979) ao Programa Nacional de Direitos Humanos PNDH 3 (2009): políticas da memória como contribuição à educação em direitos humanos**. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas. 2018.

PINHEIRO, T. M. D.; OLIVEIRA, E. de S.; MORAIS, A. C. L. N. de. Tendências na incidência e mortalidade do SARS-COV-2 no Estado do Ceará: impacto das comorbidades. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e23520, 2021.

PIRES, L.S.; ALBERNAZ, E. R. "Na teoria, a prática é outra coisa!": socialização “escolar”, estrutura bipartida e conflitos na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ). **Revista Brasileira de Segurança Pública**, 16, n. 1, p. 232-251, 2022.

PITA, F. P. S. Polícia Militar: Qualificação e Controle da Atividade Policial no Rio de Janeiro. **Epitaya E-books**, 1, n. 17, p. 112-124, 2022.

PMCE. **Coordenadoria de Saúde e Assistência Social e Religiosa - CSASR/PMCE - Polícia Militar**. 2021.

POLANCZYK, C. A. Epidemiologia das doenças cardiovasculares no brasil: a verdade escondida nos números. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 161-162, 2020.

PORTO, D.; SILVA, D. N. Prevenção do suicídio na polícia militar: a percepção do problema e alguns cuidados importantes a serem tomados pelos comandantes. **Revista Ordem Pública**, 10, n. 1, p. 197-219, 2018.

POTTER, R. E.; O'KEEFFE, V.; LEKA, S.; DOLLARD, M. *Australian work health and safety policy for the regulation of psychosocial risks: perspectives from key informants*. **Policy and practice in health and safety**, 17, n. 2, p. 112-132, 2019.

PUENTES, O. M. O. *et al.* Análise Epidemiológica de Mortalidade por Doença Cardiovascular no Brasil. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 17, n. 65, p. 469-479, 2023.

RABELO, L. D. B. C.; SILVA, J. M. A.; LIMA, M. E. A. Trabalho e adoecimento psicossomático: reflexões sobre o problema do nexso causal. **Psicologia: ciência e profissão**, 38, p. 116-128, 2018.

REINER, G. L.; VIGNARDI, D.; DA GAMA, F. O.; KRETZER, M. R. *et al.* Tendência temporal de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica em adultos e idosos no Brasil no período de 1998 a 2016. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, 48, n. 4, p. 62-74, 2019.

REIS PERREIRA, B.; JESUS, I. M. O.; MARTINS, M. M. F. Perfil sociodemográfico da mortalidade da população idosa no nordeste brasileiro. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 64, 2020.

RIBEIRO, H. C. A Ditadura Militar na Argentina (1976-1983): o aparato repressivo e a Justiça de Transição. **Humanidades em diálogo**, 10, p. 100-115, 2021.

RIBEIRO, K. G.; AGUIAR, J. B.; ANDRADE, L. O. M. Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 31, n. 4, 2018.

ROCHA, L. V. **Anos potenciais de vidas perdidas no Ceará: análises a partir do CVLI para o período de 2010 a 2019**. 39f. Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público) - Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade - FEAAC, Programa de Economia Profissional - PEP, Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza (CE), 2020.

RODRIGUES, A. D. A eficácia do artigo 157 da Lei Estadual nº 1943, de 23 julho de 1954 código da PMPR, frente ao parágrafo único do Art. 24-a do Decreto-Lei Nº 667, de 2 de julho

de 1969, acrescido pela Lei Federal nº 13.954, de 16 de dezembro de 2019. **Brazilian Journal of Development**, 6, n. 11, p. 87531-87542, 2020.

RODRIGUES, E. O. Seriam os futuros policiais militares sujeitos liminares? Uma crítica à abordagem processualista nos estudos sobre formação e identidade policial. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, 17, n. 1, p. 124-145, 2023.

ROMEDER, J.-M.; MCWHINNIE, J. R. *Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning*. **International journal of epidemiology**, 6, n. 2, p. 143-151, 1977.

RONDON FILHO, E. B.; SILVA, S. C. R. A socialização organizacional desenvolvida na polícia militar de Mato Grosso: O processo inicial e final da formação tecnológica policial da geração “Y”. Homens do Mato-**Revista Científica de Pesquisa em Segurança Pública**, 17, n. 2, 2017.

RONIA, G. *et al.* Mortalidade por acidente vascular cerebral no Estado do Pará, região Amazônica brasileira: Uma análise por Modelo *Joinpoint* entre 2000 e 2021. **J Hum Growth Dev**, v. 34, n. 1, p. 68-78, 2024.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. Medbook, 2021.

SABOYA, P. C. L. **As mudanças na formação do policial militar do Ceará no contexto da segurança pública**. 133f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Fortaleza (CE), 2017.

SANCHIS, S. 10 fases da vida humana por idades - **O desenvolvimento**. 2022.

SANDERS, L. S.C; PINTO, F. J. M.; SAMPAIO, R.; VIANA, R. A. A. *et al.* Perfil epidemiológico das mães e crianças constantes nas declarações de nascidos vivos e nas declarações de óbito. **Revista de APS**, 23, n. 1, 2020.

SANTANA, E. F.; AGUIAR, M. P. A polícia militar na segurança pública do Estado democrático de direito brasileiro. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**, 4, n. 1, p. 82-97, 2018.

SANTANA, G. B. D. A.; LEAL, T. C.; PAIVA, J. P. S. D.; SILVA, L. F. D. *et al.* Tendência Temporal da Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração no Nordeste Brasileiro (1996-2016): Uma Análise Segundo Gênero e Faixa Etária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 117, p. 51-60, 2021.

SANTOS, A. H. G. D. **Aspectos jurídicos que envolvem uma abordagem policial militar**. **Escola de Direito e Relações Internacionais**. PUC Goiás. 2020.

SANTOS, A. B. dos *et al.* Análise têmporo-espacial da mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado do Ceará, Brasil, entre 2009 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. e230060, 2023.

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**, 20, n. 2, p. 14-27, 2019.

SANTOS, N. D. N.; SANTOS, G. B. Impacto social da violência urbana. **Revista da FAESF**, 3, n. 1, 2019.

SANTOS, H. C.M.; VIANA, F. C.; SILVA, D. K. Relação entre dor musculoesquelética e condições de trabalho de policiais militares. **Psicologia e Saúde em debate**, 6, n. 2, p. 356-372, 2020.

SENTONE, R. G. Segurança pública e Polícia Militar: uma revisão sistemática. **Brazilian Applied Science Review**, 7, n. 1, p. 169-264, 2023.

SIERRA, J. R. *Breve história del conflicto armado en Colombia*. **Los Libros de la Catarata**, 2019.

SILVA ARAUJO, E.; COSTA, B. R. N.; ARAÚJO, E. M.; ALMEIDA, G. A. S. *et al.* Descrição da mortalidade de policiais militares por homicídio no Estado da Bahia, Brasil. Práticas e Cuidado: **Revista de Saúde Coletiva**, 2, p. e9865-e9865, 2021.

SILVA, J. A. C. D.; YAMAKI, V. N.; OLIVEIRA, J. P. S. D.; TEIXEIRA, R. K. C. *et al.* Declaração de óbito, compromisso no preenchimento: avaliação em Belém-Pará, em 2010. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 59, p. 335-340, 2013.

SILVA, J. A. da. **Comentário contextual à Constituição**. São Paulo: Malheiros. 2012.

SILVA, O. L. P. da; LIMA, D. G. de; FREITAS, A. G.; IMADA, K. S.; PEREIRA, R. dos S.; SILVA, R. P. M. Fatores associados às doenças cardiovasculares em policiais militares de uma cidade na Amazônia ocidental. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, [S. l.], v. 5, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/1661>. Acesso em: 26 jul. 2024.

SILVA, Matheus Vinicius Barbosa *et al.* Caracterização do perfil epidemiológico da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: um estudo descritivo. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 2, p. 154-165, 2022.

SILVA, M. A.; BUENO, H. P. V. O suicídio entre policiais militares na polícia militar do paran : esfor os para preven o. Diretor/Comandante da Academia Policial Militar do Guatup . **Revista de Ci ncias Policiais da APMG**, p. 5, 2017.

SILVA, M. G. Ditadura, transi o e democracia na Constitui o de 1988. **Revista Aurora**, 12, n. 1, p. 41-54, 2019.

SILVA, R. A. D.; FONSECA, L. G. D. A.; SILVA, J. P. D. S.; LIMA, N. M. F. V. *et al.* *The impact of the strategic action plan to combat chronic non-communicable diseases on hospital*

*admissions and deaths from cardiovascular diseases in Brazil. Plos one*, 17, n. 6, p. e0269583, 2022.

SILVA, M. A.; LISBOA, M. T. Criminalidade no século XXI e a Tríplice Fronteira: reflexões a partir de Coleman, Naim e Robinson. **Revista Espaço Acadêmico**, 18, n. 214, p. 68-77, 2019.

SILVA, B. M. D. C. C.; ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. D. Prevalência do presenteísmo em trabalhadores de uma indústria. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, 15, n. 3, p. 236-243, 2017.

SILVA, J. K.; RUDNICKI, D.; DE CAMPOS, C. H. Percepções sobre a igualdade entre homens e mulheres na Polícia Militar do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, 17, n. 1, p. 254-269, 2023.

SILVA SIMÕES, C. C. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. OPAS/OMS, 2002.

SILVARES, A. C. Políticas públicas em segurança no brasil: avanços e novos desafios. *Revista Científica Doctum Direito*, 1, n. 3, 2019.

SOARES, L. E. **Desmilitarizar: segurança pública e direitos humanos**. Boitempo Editorial, 2019.

SOUZA LEITE, M. L.; OLIVEIRA, F. F.; NEVES, C. F.; SAMPAIO, L. C. Qualidade de Vida dos Policiais Militares de Vitória da Conquista–BA/Quality of Life of Military Polices of Vitória da Conquista-BA. ID on line **Revista de Psicologia**, 13, n. 48, p. 333 341, 2019.

SOUZA, E. R. D.; MINAYO, M. C. D. S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10, p. 917-928, 2005.

SOUZA, E. R. D.; MINAYO, M. C. D. S. Segurança pública num país violento. **Cadernos de Saúde Pública**, 33, p. e00036217, 2017.

SOUZA, L. G.; SIVIERO, P. C. L. Diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres: Sul de Minas Gerais, 2002 e 2012. **Cadernos Saúde Coletiva**, 23, p. 25-31, 2015.

SOZZO, M. Pós-neoliberalismo e penalidade na américa do sul. São Paulo: **Fundação Perseu Abramo**, 312 p. 2017.

STREB, A. R.; DUCA, G. F. D.; SILVA, R. P. D.; BENEDET, J. *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para a obesidade em adultos das capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, n. 8, p. 2999-3007, 2018.

SUPESP. Imprensa - **Superintendência de Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública**. 2021.

SSPDS. Institucional - **Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará. Secretária da Segurança Pública e Defesa Social**, Governo do Estado do Ceará, 2021.

- SZWARCWALD, C. L.; STOPA, S. R.; MALTA, D. C. *Status of the main noncommunicable diseases and lifestyles in the Brazilian population: Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019.* **SciELO Brasil**. 38 2022.
- TAVARES, J. P.; VIEIRA, L. S.; PAI, D. D.; SOUZA, S. B. C. D. *et al.* Rede de correlações entre qualidade de vida, resiliência e desequilíbrio esforço-recompensa em policiais militares. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26, p. 1931-1940, 2021.
- TORRES, K. B.; OLIVEIRA CAMPOS, I.; RODRIGUES, D.S. As dimensões estruturantes do trabalho policial. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, 6, p. 552-562, 2018.
- VASCONCELOS AMN, GOMES MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 4, p: 539-48. 2012.
- VENA, J. E.; CHARLES, L. E.; GU, J. K.; BURCHFIEL, C. M. *et al.* Mortality of a police cohort: 1950-2005. **Journal of law enforcement leadership and ethics**, 1, n. 1, p. 7, 2014.
- VENÂNCIO, P. E. M.; DE LIMA SILVA, D.; DINIZ, J. P.; DE MELO, L. L. S. *et al.* Riscos cardiovasculares, aptidão física dos policiais militares de Anápolis. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, 20, p. e6100-e6100, 2021.
- VIANA, D. W. Entre a academia militar e a rua: um estudo sobre a formação e a prática de policiais militares na perspectiva da educação e da psicologia social comunitária. **Universidade Federal do Paraná**. 2018.
- VIEIRA, Lorena Tassara Quirino *et al.* O tabagismo com um problema contemporâneo entre os policiais militares. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 84900-84905, 2020.
- VIOLANTI, J. M.; OWENS, S. L.; MCCANLIES, E.; FEKEDULEGN, D. *et al.* Law enforcement suicide: a review. **Policing: An International Journal**, 42, n. 2, p. 141-164, 2019.
- WALDOW, H. **Lei do desarmamento: considerações acerca do comércio, porte e posse de arma de fogo no Brasil**, 34f. 2018.
- WEHRMEISTER, F. C.; WENDT, A. T.; SARDINHA, L. Iniquidades e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **SciELO Public Health**. 31: e20211065 p. 2022.
- WILSON, J. M.; WEISS, A.; GRAMMICH, C. *Public safety consolidation: What is it? How. Does it Work?* **BOLO Be on the Lookout**, n. 2, p. 12, 2012.
- WINTER, L. E.; ALF, A. M. A profissão do policial militar: vivências de prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 19, n. 3, p. 671-678, 2019.

**ANEXOS**

**ANEXO A – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA POLICIA MILITAR DO  
ESTADO DO CEARÁ (DECRETO Nº32.974, de 18 de fevereiro de 2019).**

<b>I – DIREÇÃO SUPERIOR</b>	Comandante-geral		
	Subcomandante geral		
<b>II – GERÊNCIA SUPERIOR</b>	Diretoria de Planejamento e Gestão Interna		
<b>III – ÓRGÃOS DE ASSESSORAMENTO SUPERIOR</b>	Assessoria do Gabinete do Comando-Geral		
	Assessoria Jurídica		
	Assessoria de Comunicação		
	Assessoria de Polícia Comunitária		
	Assessoria de Inteligência Policial Militar		
	Ouvidoria		
<b>IV – ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA</b>	Coordenadoria Geral de Operações		
	Comando de	5º Batalhão de	1ª Companhia
	Policiamento da	Polícia Militar	do 5º BPM
	Capital – 1º CRPM		2ª Companhia
			do 5º BPM
			3ª Companhia
			do 5º BPM
		6º Batalhão de	1ª Companhia
		Polícia Militar	do 6º BPM
			2ª Companhia
			do 6º BPM
			3ª Companhia
			do 6º BPM
		8º Batalhão de	1ª Companhia
		Polícia Militar	do 8º BPM
			2ª Companhia
			do 8º BPM
		16º Batalhão de	1ª Companhia
		Polícia Militar	do 16º BPM
			2ª Companhia
			do 16º BPM
			3ª Companhia
			do 16º BPM
		17º Batalhão de	1ª Companhia
		Polícia Militar	do 17º BPM
			2ª Companhia
			do 17º BPM
		18º Batalhão de	1ª Companhia
		Polícia Militar	do 18º BPM
			2ª Companhia
			do 18º BPM
		19º Batalhão de	1ª Companhia
		Polícia Militar	do 19º BPM
			2ª Companhia
			do 19º BPM

		3ª Companhia do 19º BPM
	20º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 20º BPM 2ª Companhia do 20º BPM 3ª Companhia do 20º BPM
	21º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 21º BPM 2ª Companhia do 21º BPM
	22º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 22º BPM 2ª Companhia do 22º BPM
Comando de Policiamento Metropolitano – 2º CRPM	12º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 12º BPM 2ª Companhia do 12º BPM 3ª Companhia do 12º BPM 4ª Companhia do 12º BPM 5ª Companhia do 12º BPM
	14º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 14º BPM 2ª Companhia do 14º BPM 3ª Companhia do 14º BPM
	15º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 15º BPM 2ª Companhia do 15º BPM 3ª Companhia do 15º BPM
Comando de Policiamento do Interior Região Norte – 3º CRPM	3º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 3º BPM 2ª Companhia do 3º BPM 3ª Companhia do 3º BPM 4ª Companhia do 3º BPM
	4º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 4º BPM 2ª Companhia do 4º BPM

		3ª Companhia do 4º BPM
		4ª Companhia do 4º BPM
	7º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 7º BPM
		2ª Companhia do 7º BPM
		3ª Companhia do 7º BPM
	11º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 11º BPM
		2ª Companhia do 11º BPM
		3ª Companhia do 11º BPM
Comando de Policiamento do Interior Região Sul – 4º CRPM	1º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 1º BPM
		2ª Companhia do 1º BPM
		3ª Companhia do 1º BPM
		4ª Companhia do 1º BPM
	2º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 2º BPM
		2ª Companhia do 2º BPM
		3ª Companhia do 2º BPM
		4ª Companhia do 2º BPM
		5ª Companhia do 2º BPM
	9º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 9º BPM
		2ª Companhia do 9º BPM
		3ª Companhia do 9º BPM
	10º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 10º BPM
		2ª Companhia do 10º BPM
		3ª Companhia do 10º BPM
	13º Batalhão de Polícia Militar	1ª Companhia do 13º BPM
		2ª Companhia do 13º BPM

		3ª Companhia do 13º BPM
Comando de Policiamento Especializado	Regimento de Polícia Montada (RPMONT)	1ª Esquadrão do RPMONT 2ª Esquadrão do RPMONT
	Batalhão de Polícia do Meio Ambiente (BPMA)	1ª Companhia do BPMA 2ª Companhia do BPMA 3ª Companhia do BPMA
	Batalhão de Policiamento Turístico (BPTUR)	1ª Companhia do BPTUR 2ª Companhia do BPTUR 3ª Companhia do BPTUR 4ª Companhia do BPTUR
	Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário Estadual (BPRE)	1ª Companhia do BPRE 2ª Companhia do BPRE
	Batalhão de Polícia de Guarda Externa dos Presídios, Estabelecimentos Penais e Centros Educacionais (BPGEP)	1ª Companhia do BPGEP 2ª Companhia do BPGEP 3ª Companhia do BPGEP 4ª Companhia do BPGEP
Comando de Policiamento de Choque	1º Batalhão de Polícia de Choque (BPCHOQUE)	1ª Companhia do 1º BPCHOQUE 2ª Companhia do 1º BPCHOQUE 3ª Companhia do 1º BPCHOQUE
	2º Batalhão de Polícia de Choque (BPCHOQUE)	1ª Companhia do 2º BPCHOQUE 2ª Companhia do 2º BPCHOQUE 3ª Companhia do 2º BPCHOQUE

		4ª Companhia do 2º BPCHOQUE
	3º Batalhão de Polícia de Choque (BPCHOQUE)	1ª Companhia do 3º BPCHOQUE 2ª Companhia do 3º BPCHOQUE
	4º Batalhão de Polícia de Choque (BPCHOQUE)	1ª Companhia do 4º BPCHOQUE 2ª Companhia do 4º BPCHOQUE 3ª Companhia do 4º BPCHOQUE 4ª Companhia do 4º BPCHOQUE 5ª Companhia do 4º BPCHOQUE 6ª Companhia do 4º BPCHOQUE
Comando de Policiamento de Rondas de Ações Intensivas e Ostensivas	1º Batalhão de Policiamento de Rondas de Ações Intensivas e Ostensivas (BPRAIO)	1ª Companhia do 1º BPRAIO 2ª Companhia do 1º BPRAIO
	2º Batalhão de Policiamento de Rondas de Ações Intensivas e Ostensivas (BPRAIO)	1ª Companhia do 2º BPRAIO 2ª Companhia do 2º BPRAIO 3ª Companhia do 2º BPRAIO 4ª Companhia do 2º BPRAIO
	3º Batalhão de Policiamento de Rondas de Ações Intensivas e Ostensivas (BPRAIO)	1ª Companhia do 3º BPRAIO 2ª Companhia do 3º BPRAIO 3ª Companhia do 3º BPRAIO 4ª Companhia do 3º BPRAIO 5ª Companhia

## do 3º BPRAIO

**V -ÓRGÃOS DE  
EXECUÇÃO  
INSTRUMENTAL**

Quartel do Comando-Geral	1ª Companhia de Policiamento de Guarda 2ª Companhia de Policiamento de Guarda 3ª Companhia de Policiamento de Guarda Companhia de Comando e Serviço
Batalhão de Segurança Patrimonial (BSP) Presídio Militar	1ª Companhia do BSP 2ª Companhia do BSP
Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento Comando Logístico	Célula de Desenvolvimento Institucional Célula de Planejamento Célula de Gestão Patrimonial Célula de Motomecanização Célula de Material Bélico Célula de Suprimentos Célula Financeira
Coordenadoria Administrativo- Financeira Coordenadoria de Gestão de Pessoas	Célula de Controle de Pessoal Célula de Pensão Previdenciária Célula da Folha de Pagamento
Coordenadoria dos Colégios da Polícia Militar	1º Colégio da Polícia Militar General Edgard Facó 2º Colégio da Polícia Militar Coronel Hervano Macedo Júnior
Coordenadoria de Saúde, Assistência, Social e Religiosa Coordenadoria de Polícia Judiciária Militar	Célula do Centro Odontológico da Polícia Militar Célula de Assistência Social Célula de Atividades Judiciárias Militares Célula de Polícia Judiciária Militar
Célula de Tecnologia da Informação e Comunicação Célula de Compras Célula de Contratos e Convênios	

## ANEXO B – MODELO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Identificação	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal 2) Data do óbito Hora _____ Cartão SUS _____ 4) Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País) _____	
II	Residência	3) Nome do Falecido _____ 6) Nome do Pai _____ 7) Nome da Mãe _____ 8) Data de nascimento _____ 9) Idade _____ Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado 11) Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela 12) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada 13) Escolaridade (última série concluída) Nível _____ Série _____ <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado 14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) _____ Código CBO 2002 _____	
III	Ocorrência	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc) _____ 16) Município de residência _____ 17) Bairro/Distrito _____ 18) UF _____ 19) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros estáb. saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia indígena <input type="checkbox"/> Ignorado 20) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) _____ 21) Estabelecimento _____ 22) CEP _____ 23) Bairro/Distrito _____ 24) Município de ocorrência _____ 25) UF _____	
IV	Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE 26) Idade (anos) _____ 27) Escolaridade (última série concluída) Nível _____ Série _____ <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado 28) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) _____ Código CBO 2002 _____ 29) Número de filhos vivos _____ 30) Nº de semanas de gestação _____ 31) Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada 32) Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado 33) Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado 34) Sexo do recém-nascido _____ 35) Número da Declaração de Nascimento Vivo _____	
V	Condições e causas do óbito	36) ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu neste período <input type="checkbox"/> Ignorado 37) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte. a) Devido ou como consequência de: _____ b) Devido ou como consequência de: _____ c) Devido ou como consequência de: _____ d) Devido ou como consequência de: _____ 38) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbidos, se existirem, que produziram a doença acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. 39) PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	ASSISTÊNCIA MÉDICA 40) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado 41) Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Tempo aproximado entre o início da doença e a morte _____ CID _____
VI	Médico	42) Nome do Médico _____ 43) CRM _____ 44) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) _____ 45) Data do atestado _____ 46) Assinatura _____ 47) Obito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assessor <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> IML	48) Município e UF do SVO ou IML _____ UF _____
VII	Causas externas	49) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico) 50) Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado 51) Descrição sumária do evento _____ 52) Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº _____ <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado 53) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorado	
VIII	Cartório	54) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc) _____ 55) Bairro _____ 56) Município _____ 57) UF _____ 58) Cartório _____ 59) Registro _____ 60) Data _____ 61) UF _____	
IX	Localid. S/ Médico	62) Declarante _____ 63) Testemunhas A _____ B _____	

Versão 01/14 - 2ª impressão 11/2021