

Estado de Goiás  
Polícia Militar  
Academia de Polícia Militar  
Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais

CAP PM AM FELIPE ARCE RIO BRANCO  
CAP PM GO CLÓVIS DE SOUSA E SILVA

Reformas Prematuras: Insanidade Mental - Causas  
e Efeitos com o Serviço Policial Militar

Orientador de Conteúdo: Ten. Cel. QOSPM José dos Santos Moraes  
Orientador Metodológico: Prof.ª Nancy Ribeiro de Araújo e Silva

Goiânia, Julho - 1998

ESTADO DE GOIÁS  
POLÍCIA MILITAR  
ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR  
**CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS**

CAP PM AM FELIPE ARCE RIO BRANCO  
CAP PM GO CLÓVIS DE SOUSA E SILVA

**REFORMAS PREMATURAS: INSANIDADE MENTAL – CAUSAS E  
EFEITOS COM O SERVIÇO POLICIAL MILITAR**

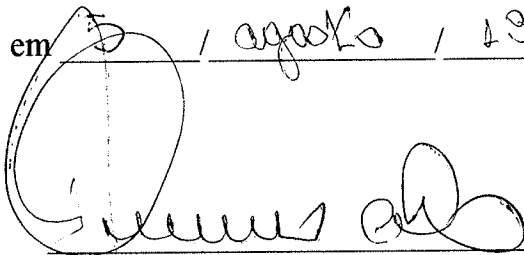
Trabalho técnico-científico apresentado  
como exigência parcial para a conclusão  
do Curso de Aperfeiçoamento de  
Oficiais – CAO

ORIENTADOR DE CONTEÚDO: TEN. CEL. QOSPM JOSÉ DOS SANTOS MORAES  
ORIENTADOR METODOLÓGICO: PROF<sup>a</sup>. NANCY RIBEIRO DE ARAÚJO E SILVA

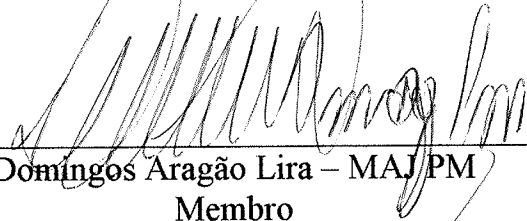
GOIÂNIA  
JULHO – 1998

## BANCA EXAMINADORA

Aprovado em 5 / agosto / 1998



Rubens de Oliveira Machado – CEL PM R/R  
Presidente



Domingos Aragão Lira – MAJ PM  
Membro



Baltazar Donizete de Souza – MAJ PM  
Membro

**FELIPE ARCE RIO BRANCO  
CLÓVIS DE SOUSA E SILVA**

**REFORMAS PREMATURAS: Insanidade Mental –  
causas e efeitos com o serviço policial militar**

**1. ORIENTADOR METODOLÓGICO:** Professora Nancy Ribeiro de Araújo e Silva

**1ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Orientação metodológica referente à elaboração do projeto de pesquisa intitulado: Reformas Prematuras: Insanidade Mental – causas e efeitos com o serviço policial militar

data: 24/04/98 Ass.: Felipe Arce Rio Branco Ass.; \_\_\_\_\_

**2ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Orientação metodológica relativa à parte pré-textual da monografia: Reformas Prematuras – Insanidade Mental – causas e efeitos com o serviço policial militar

data: 27/04/98 Ass.: Felipe Arce Rio Branco Ass.; \_\_\_\_\_

**3ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Orientação metodológica : estruturação física da monografia

data: 28/04/98 Ass.: Felipe Arce Rio Branco Ass.; \_\_\_\_\_

**4ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Orientação metodológica : aspectos metodológicos: seccionamento do desenvolvimento.

data: 15/06/98 Ass.: Felipe Arce Rio Branco Ass.; \_\_\_\_\_

**5ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Orientação metodológica : detalhamento da conclusão.

data: 22/06/98 Ass.: Felipe Arce Rio Branco Ass.; \_\_\_\_\_

**6ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Orientação metodológica : normalização geral do texto. Referências bibliográficas

data: 23/06/98 Ass.: Felipe Arce Rio Branco Ass.; \_\_\_\_\_

Parecer Final do Orientador Metodológico: a monografia em epígrafe está elaborada com observância da normalização de trabalhos científicos, tanto com relação à estrutura lógica quanto ao fechoamento em geral.

data: 24/06/98 Ass.: Felipe Arce Rio Branco Ass.: Felipe Arce Rio Branco

**2. ORIENTADOR DE CONTEÚDO:** Cel. PM QOSPM José dos Santos Moraes

**1ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Os itens a serem tratados na monografia \_

data: 09/03/98 Ass.: Jose dos Santos Moraes Ass.; \_\_\_\_\_

**2ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Elaboração de questionário a ser aplicado – sugestões de aproveitamento do Policial-Militar no serviço administrativo. \_\_\_\_\_

data: 23/03/98 Ass.: Jose dos Santos Moraes Ass.; \_\_\_\_\_

**3ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Análise do questionário e proposta da implantação do CRIS – Centro de Reabilitação e Integração Social. \_\_\_\_\_

data: 13/04/98 Ass.: Jose dos Santos Moraes Ass.; \_\_\_\_\_

**4ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Orientação e desenvolvimento do conteúdo: Fatores detectados com a pesquisa de campo relacionados à insanidade mental. \_\_\_\_\_

data: 08/05/98 Ass.: Jose dos Santos Moraes Ass.; \_\_\_\_\_

**5ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Orientação e desenvolvimento do conteúdo: Comparação dos fatores desencadeantes da insanidade mental com as opiniões de profissionais da área de saúde. \_\_\_\_\_

data: 15/06/98 Ass.: Jose dos Santos Moraes Ass.; \_\_\_\_\_

**6ª Sessão:** assunto (s) orientados (s): Conteúdo: parte conclusiva da monografia \_\_\_\_\_

data: 22/06/98 Ass.: Jose dos Santos Moraes Ass.; \_\_\_\_\_

Parecer Final do Orientador de conteúdo : O assunto objeto da pesquisa propicia informações pertinentes a causas de reformas prematuras de policiais militares no campo da saúde mental e apresenta proposta para prevenção e recuperação

data: 23/06/98 Ass.: Jose dos Santos Moraes Ass.; Jose dos Santos Moraes

Cap. PMAM Arce

*À minha esposa Elisângela e minha filha Talita pela constante presença e estímulo na realização deste trabalho.*

Cap. PMGO Clóvis

*À minha estimada esposa, Nilva, que soube compreender, mais uma vez, a minha dedicação para com esta jornada miliciana.*

---

## AGRADECIMENTOS

*Ao Senhor Deus que ilumina os nossos caminhos e permite que conquistemos nossos objetivos;*

*Ao Senhor Ten. Cel. QOSPM José dos Santos Moraes pela sábia orientação na elaboração desta pesquisa;*

*À professora Nancy Ribeiro de Araújo e Silva pela precisa orientação no desenvolvimento deste trabalho;*

*Aos colegas de Curso CAO/98, com quem mantivemos um bom relacionamento, amenizando as dificuldades surgidas;*

*E aos demais, que, de alguma forma, contribuíram na elaboração desta pesquisa.*

---

*Nenhum soldado em serviço se  
embaraça com negócio desta vida, a fim de  
agradar àquele que o alistou para a  
guerra.*

2Tm 2:4

## RESUMO

A insanidade mental aporta em grande escala às Corporações Policiais Militares do País. Em Goiás, não é diferente. O índice de reformas prematuras, tendo como causa os distúrbios psiquiátricos atinge o percentual de 31,5% (trinta e um e meio por cento) do total das patologias. A causa principal é o ambiente em que os policiais desenvolvem suas atividades interagidos por fatores pré-disponentes. É a sobrecarga de trabalho, excesso de cobrança dos superiores, conforme a posição hierárquica, o policial encontra-se submetido a pressões conflitantes: as que partem dos Comandantes que querem ver o serviço aparecer, isto porque também estão sendo cobrados da sociedade, do governo e daqueles que são seus subordinados, os quais reclamam das escalas insuportáveis, da falta de descanso e do lazer, fora as pressões externas, seja de família, ou por problemas financeiros, por moradia, por problema de saúde, constante enfrentamento de situações de risco, ou por questões de auto-estima e coleguismo. Essa atividade excessivamente hostil, submissa, faz com que as emoções contidas (em 83% dos pesquisados), que não chegam a ser satisfeitas, exteriorizem por sintomas ou alterações funcionais ou orgânicas, como ansiedade anormal, alterações do sono, diminuição da memória, dificuldade da concentração, etc., que por sua vez desencadeiam uma série de patologias físicas, como a gastrite, a úlcera, problemas cardíacos, hipertensão, asma e outros. No caso de pessoas com estrutura psicológica mais frágil, causam neuroses graves ou até psicoses, outras procuram refúgio no **álcool** ou até tentam **suicídio**. O serviço policial-militar é desgastante, fatigante e muitas vezes traz sérios aborrecimentos. O militar, que é um ser humano normal, necessita de tempo suficiente para sua restauração física e mental. É para atender a essa necessidade psicossomática que existem o *descanso* e a *folga*, sem os quais o homem não suportaria as cargas da vida diária do trabalho, contudo, não é o que está acontecendo. Nos dados colhidos em unidades operacionais da capital, o desrespeito a esses fatores atingem 74% (setenta e quatro por cento). Por isso, é fácil aceitar, ser o *estresse* um companheiro constante, em todos os níveis de atuação. As clínicas de psicologia, como a da Caixa Beneficente, de psiquiatrias particulares e o Hospital da Polícia Militar estão

cheios de praças e oficiais com sérios transtornos emocionais e com alta taxa de alcoolismo. O ideal é trabalhar prioritariamente, logo na entrada, para evitar o ingresso de indivíduos com problemas. É na *seleção* que está o jogo para se obter o policial ideal, ajustável em todos os aspectos à função que vai exercer. A *seleção* tem que ser voltada para o indivíduo emocionalmente equilibrado, sem frustrações, sem tendência ao alcoolismo e até mesmo drogas, sem desvios sexuais, sem distúrbios de personalidade, sem psicopatologia considerada perniciosa e ser possuidor de inteligência média acima. Admite-se que o trabalho seja integrado; além de psicólogo, deve compor a comissão, um psiquiatra. É imprescindível a contribuição de psicólogos e assistentes sociais, principalmente nos quartéis de grande contingente, para que seja melhorado o ambiente de trabalho, reduzindo os níveis de tensão existentes. Medidas devem ser tomadas, a curto prazo, senão a instituição poderá inviabilizar-se sob os moldes existentes porque está diminuindo consideravelmente seus recursos humanos destinados à atividade-fim.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
I – FATORES DESENCADEANTES DA DOENÇA.....	17
1 – Aspectos Gerais Dos Fatores Condicionantes.....	17
2 – Alguns Aspectos Específicos Dos Fatores Condicionantes.....	19
2.1 – Um caso de desgaste físico e mental.....	19
2.2 – Carga Horária Excessiva.....	21
2.3 – Sono perturbado.....	22
2.4 – Fadiga física.....	24
2.4.1 – Fadiga simples.....	24
2.4.2 – Trabalho noturno como causa de fadiga física.....	25
2.5 – Fadiga Psíquica.....	26
2.6 – Alcoolismo.....	30
2.7 – Estresse.....	34
2.8 – Hereditariedade.....	40
II – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	43
1 – Tabelas e Gráficos.....	44
III – RECOMENDAÇÕES E PROPOSTA.....	78
1 – RECOMENDAÇÕES.....	78
1.1 – Prevenção.....	78
1.2 – Seleção.....	79
2 – Proposta.....	81
CONCLUSÃO.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	93
APÊNDICE.....	96

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Universo da amostra pesquisada .....	44
Tabela 02 – Atividade policial militar, sob o ponto de vista do desgaste físico, PPMM com menos de 15 anos de serviço .....	46
Tabela 03 – Atividade policial militar, sob o ponto de vista do desgaste físico, PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	48
Tabela 04 – Atividade policial militar, sob o ponto de vista do desgaste mental, PPMM com menos de 15 anos de serviço .....	50
Tabela 05 – Atividade policial militar, sob o ponto de vista do desgaste mental, PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	52
Tabela 06 – Quantidade de carga-horária de serviço semanal, PPMM com menos de 15 anos de serviço .....	54
Tabela 07 – Quantidade de carga-horária de serviço semanal, PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	56
Tabela 08 – Tempo de DESCANSO após cada serviço, PPMM com menos de 15 anos de serviço .....	58
Tabela 09 – Tempo de DESCANSO após cada serviço, PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	60
Tabela 10 – Tempo destinado a FOLGA entre cada descanso e o próximo serviço, PPMM com menos de 15 anos de serviço .....	62
Tabela 11 – Tempo destinado a FOLGA entre cada descanso e o próximo serviço, PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	64
Tabela 12 – Repressão e/ou deslocamento dos sentimentos de raiva e indignação, PPMM com menos de 15 anos de serviço .....	66
Tabela 13 – Repressão e/ou deslocamento dos sentimentos de raiva e indignação, PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	68

Tabela 14 – Preparação psicológica no Curso de Formação para enfrentar a realidade do serviço operacional, PPMM com menos de 15 anos de serviço.....	70
Tabela 15 – Preparação psicológica no Curso de Formação para enfrentar a realidade do serviço operacional, PPMM com 15 anos ou mais de serviço.....	72
Tabela 16 – Preocupações que perturbam os policiais militares com menos de 15 anos de serviço.....	74
Tabela 17 – Preocupações que perturbam os policiais militares com 15 anos ou mais de serviço.....	76

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Universo da amostra pesquisada.....	45
Gráfico 02 – Desgaste físico dos PPMM com menos de 15 anos de serviço.....	47
Gráfico 03 – Desgaste físico dos PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	49
Gráfico 04 – Desgaste mental dos PPMM com menos de 15 anos de serviço...	51
Gráfico 05 – Desgaste mental dos PPMM com 15 anos ou mais de serviço.....	53
Gráfico 06 – Carga-horária – PPMM com menos de 15 anos de serviço .....	55
Gráfico 07 – Carga-horária – PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	57
Gráfico 08 – DESCANSO após serviço – PPMM com menos de 15 anos de serviço.....	59
Gráfico 09 – DESCANSO após serviço – PPMM com 15 anos ou mais de serviço.....	61
Gráfico 10 – Folga entre serviços – PPMM com menos de 15 anos de serviço	63
Gráfico 11 – Folga entre serviços – PPMM com 15 anos ou mais de serviço ..	65
Gráfico 12 – Repressão e/ou deslocamento dos sentimentos de raiva e indignação, PPMM com menos de 15 anos de serviço.....	67
Gráfico 13 – Repressão e/ou deslocamento dos sentimentos – PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	69
Gráfico 14 – Preparação psicológica no Curso de Formação – PPMM com menos de 15 anos de serviço.....	71
Gráfico 15 – Preparação psicológica no Curso de Formação – PPMM com 15 anos ou mais de serviço .....	73
Gráfico 16 – Preocupações que perturbam os PPMM com menos de 15 anos de serviço.....	75
Gráfico 17 – Preocupações que perturbam os PPMM com 15 anos ou mais de serviço.....	77

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como ponto inicial diversos trabalhos relacionados com o assunto o homem brasileiro e o trabalho, mais precisamente os sofrimentos psíquicos e físicos decorrentes do labor devido à exploração humana e às chefias autoritárias que levaram o indivíduo ao *stress*, à **ansiedade** e até mesmo ao **suicídio**. Em nosso meio militar não é diferente, o policial ainda jovem é submetido a longas jornadas de trabalho sem um **descanso** adequado e nem lhe é proporcionado momentos de **lazer**. Quando, por longas noites, cumpre sua escala, o **sono** é comprometido. Às vezes, nem deixou a Unidade em que serve e já é cientificado de uma escala extra que lhe foi determinada, comprometendo ainda mais o seu estado psíquico, pois não terá um descanso despreocupado.

O policial militar exposto a esse ritmo de trabalho tende a sofrer considerável **desgaste físico e psíquico** com repercussões lesivas sérias para o aparelho digestivo, neurológico, cardiocirculatório, osteo-articular e principalmente ao seu psiquismo.

Estudos até já então realizados comprovaram que algumas patologias têm contribuído sobremaneira para a precoce reforma de policiais-militares. Entre elas se destaca em primeiro lugar os distúrbios psiquiátricos, depois os de lesões ósseas e articulares, fraturas, lesões cerebrais, causadas pelo excesso de consumo de álcool, doenças cardiovasculares etc.

Da literatura especializada, destaca-se o estudo do médico psiquiatra, então **Tenente Coronel Alencar**, de Alagoas que, com a intenção de contribuir para a mudança da política de saúde das polícias militares, já evidenciara essa realidade, inclusive apresentando dados que incluíam a de **Goiás**. Mais recentemente, três **Coronéis** Médicos do Estado do Pará (NEVES; BRASIL; LINS, 1997:26), constataram que, nas polícias militares do Brasil, o Estado de Goiás é o que apresenta o maior percentual de reformas (0,08%) por doença mental. Ainda, no ano passado, a **Diretoria de Pessoal da PMGO** forneceu aos Capitães Lima e Mesquita, dados de 1994 a 1996 constando que, de 279 reformas, 88 foram ocasionadas por distúrbios psiquiátricos.

Preocupados com esse quadro, os autores desta monografia analisaram as entrevistas feitas pelos Capitães Lima e Mesquita (1997: 91-116), pelas quais médicos, psicólogos, e assistentes sociais da Polícia Militar de Goiás confirmaram como sendo os distúrbios mentais e as doenças psicossomáticas as que mais **motivam as reformas prematuras** de milicianos. Admite-se que o ser humano já possui uma **predisposição genética** à patologias, assim, ao entrarem em contato com o ambiente propício, poderão emergir, quando provocadas, ou seja, a doença instala-se em uma pessoa quando os fatores predisponentes (pessoais, progressos ou história de vida) e desencadeantes se reúnem, razão de procurarmos no **habitat** do policial militar esse elemento detonador.

Sob a supervisão de psicólogos ligados à Polícia Militar e do Orientador, os pesquisadores elaboraram um questionário cujas perguntas visaram a detectar as prováveis causas desse índice alarmante de insanidade mental na Corporação. Este instrumento foi aplicado a 258 (duzentos e cinquenta e oito) policiais militares que exercem suas atividades no serviço operacional da região metropolitana da Capital, isto é, foram colhidos no 1º BPM, 7º BPM, 8º BPM, 9º BPM e no BPTran, este somente durante as escalas diurnas de trânsito à pé no centro da cidade. O propósito era aplicar uma quantidade maior de questionários o que não foi possível em virtude

de entrar, por turno, uma média de 33 (trinta e três) policiais militares em cada unidade nos serviços de Rádio Patrulha e Tático Móvel, enquanto os demais são de postos fixos. A amostra dos policiais militares foi dividida da seguinte forma: os que possuem menos de 15 (quinze) anos de serviço e os que possuem mais, tendo em vista que a maturidade profissional, geralmente, é adquirida após o terceiro quinquênio, momento em que a opinião está sedimentada e a experiência é de grande valia.

A presente pesquisa tem por fim, fornecer subsídios no intuito de minimizar as causas que tem levado diversos policiais militares aos consultórios médicos e às clínicas psiquiátricas e, conseqüentemente, na maioria das vezes, à **reforma**. Isso causa altos prejuízos econômicos ao Estado, ou seja, gera uma relação custo-benefício negativa, que poderá inviabilizar a instituição nos moldes existentes e, ainda, contribuir de maneira a repensar e reformular os requisitos de **seleção**, pois, como vimos, a patologia preexiste ao indivíduo e frente a determinada situação ela se desenvolve. Para os que estão à disposição da Junta Médica com o mesmo problema, tentar aproveitá-los na Administração.

Basicamente, este trabalho contribuirá para alertar as nossas autoridades milicianas sobre o fato de que a profissão policial-militar, em função de suas características e peculiaridade, pode provocar alteração na qualidade de saúde do seu maior patrimônio – os recursos humanos, com reflexos para a atividade profissional.

O homem policial militar tem um limite físico e psíquico que poderíamos até chamar de fonte mas, ao ser explorada inadequadamente logo estará esgotada, tornando aquele, conseqüentemente, inservível para a Corporação.

## **I – FATORES DESENCADEANTES DA DOENÇA**

### **1 – ASPECTOS GERAIS DOS FATORES CONDICIONANTES**

Nos estudos e nas práticas voltados para as questões de Saúde e Trabalho, os aspectos mentais vêm gradualmente ocupando um espaço crescente. Neste espaço, tem merecido atenção tanto os aspectos positivos quanto os negativos que o trabalho pode assumir em relação à saúde humana. O trabalho pode significar satisfação, desenvolvimento de potenciais pessoais e coletivos. Em tais situações, se constitui em fonte de bem-estar e vitalidade, favorecendo assim, a harmonia psicossomática. Mas o trabalho também pode estar estreitamente ligado ao desenvolvimento de transtornos que se expressam em termos psicossociais, psicossomáticos ou psiquiátricos.

Com referência aos transtornos psíquicos, algumas situações relacionadas ao trabalho, vem recebendo cada vez maior atenção, devido a uma maior incidência de episódios agudos, quando surgem circunstâncias nas quais, pressões especialmente fortes exacerbam o cansaço, a tensão emocional, a insegurança ao executar um serviço, ocorrendo crises de ansiedade e de suas diversas expressões psicossomáticas – episódios de taquicardia, sufocação, diarreias nervosas etc., momento delicado pois daí surgem as tentativas de suicídio.

Com respeito a algumas profissões nas quais os riscos mentais tem sido constatados com maior evidência, estudos correlacionam a estrutura de morbidade

“*psi*” a constelações de fatores de risco que interagem na situação laboral, tornando possível identificar os processos que atuam a nível do cotidiano, sincronicamente. É indispensável considerar que existe também um caráter cumulativo em muitos destes processos, quer na biografia dos indivíduos, quer na história de determinadas empresas ou áreas específicas das mesmas, ou mesmo em certas ocupações, em que ocorrem maiores índices de alcoolismo, depressões e transtornos psicossomáticos.

Os componentes da instância trabalho que estão envolvidos na dinâmica originadora destas perturbações, pertencem a diferentes categorias, se inserem em diferentes níveis que vão do macrossocial ao individual e geralmente interatuam de forma complexa.

Existem tarefas que por sua natureza e conteúdo envolvem a esfera psico-afetiva. Os exemplos poderiam ser numerosos. Lembremos as situações que envolvem riscos para a própria vida ou integridade física; as que exigem permanente intenso autocontrole emocional; as que implicam em elevada responsabilidade com vidas humanas, como a que o policial é bombardeado diariamente, em que deve manter uma “fachada” impassível, manter-se forte e inabalável diante das mais chocantes situações, uma vez que é treinado a não se envolver nas ocorrências que atende.

Os aspectos temporais tem de ser levados em conta, a duração das jornadas, sua distribuição em termos diurnos e noturnos e a organização de turnos; distribuição das folgas, considerando também quais os dias da semana em que ocorrem (pelo óbvio interesse de que possam coincidir com fins de semana). No caso do regime de trabalho em turnos alternados, inúmeros estudos tem sido realizados comprovando a nocividade deste sistema para a saúde – com especial ênfase na forma como é atingida a saúde psicossocial e afetada a fisiologia neuroendócrina e digestiva. Nas jornadas longas ocorrem repercussões em termos de fadiga e de irritabilidade. Sem se esquecer que estudiosos do assunto, apontam que o trabalho noturno, equívale a um envelhecimento suplementar de mais ou menos sete anos, além de produzir uma intolerância constante.

O controle exercido sobre a realização das atividades, é outro aspecto que incide fortemente na subjetividade. Conforme sua intensidade, manifestações psicológicas de insegurança são muitas vezes suscitadas e dão lugar a vivências de estar sendo perseguido. A ansiedade vinculada a tais situações poderá acarretar não apenas a intensificação da tensão e da fadiga mental, como ocasionar inadequação das respostas em situações de emergência. O dispositivo que funciona como “controlador invisível” muitas vezes nem chega a ser identificado pelos indivíduos, o que torna a vivência de estar sendo vigiado particularmente inquietante.

## **2 – ALGUNS ASPECTOS ESPECÍFICOS DOS FATORES CONDICIONANTES**

### **2.1 – UM CASO DE DESGASTE FÍSICO E MENTAL**

Ao especificar algumas das causas prováveis do alto índice de patologias relacionadas aos distúrbios mentais, do exemplo extraído duma monografia (OSÓRIO, 1993: 6-9) enumera-se situações observadas numa única jornada diária que o policial militar de qualquer lugar do País, rotineiramente, depara ao atuar no controle de trânsito duma determinada avenida.

1. Em dado instante é solicitado a atuar, auxiliando uma pessoa idosa a atravessar a via;
2. Poucos minutos após, faz controle total do fluxo de trânsito na avenida, face a uma pane momentânea no semáforo daquele local;
3. Logo em seguida é solicitado a intervir numa tentativa de furto num supermercado situado nas proximidades, onde detém um menor em flagrante, que apesar da presença do policial militar no local, desafia-o e enfrenta-o quando aquele busca conduzir o infrator à delegacia especializada, reiterando que o agente de segurança pública nada poderá fazer, pois conhece seus direitos através do Estatuto da Criança e do Adolescente. Visando dominar o infrator, o policial militar sofre lesões, tem o seu fardamento sujo, descomposto e danificado, mas consegue controlar a situação e conduz o menor até à autoridade policial competente, toma as providências cabíveis, cumpre o rito legal imediato e, em seguida, retorna ao seu posto para retomar suas atividades;
4. Passado algum tempo, desloca-se a um ponto, nas proximidades, a fim de atender vítimas de um acidente de trânsito, isolar e sinalizar o local, preservando-o até a chegada da patrulha de trânsito e perícia. Com a chegada das equipes técnicas, regressa ao seu posto;
5. Tão logo reassume seu serviço, é informado por um transeunte de que

um banco existente há poucas quadras dali está sendo assaltado naquele exato momento. O policial militar informa o fato de imediato ao centro de operações, solicita reforço e desloca-se até a agência, onde, antes mesmo de lá chegar, os marginais desferem vários tiros contra a sua pessoa. O policial militar se abriga, mas mesmo assim, assume uma posição estratégica que impossibilita a fuga dos criminosos. Permanece no local até a chegada de todo o aparato policial e solução imediato do delito,volvendo, após o término, novamente para o seu posto de serviço;

6. Após o retorno ao posto, continua a controlar o trânsito até o final de seu turno de trabalho. Depois da rendição do serviço por um outro policial militar, poderá deslocar-se para a sua residência para descanso e lazer – extremamente necessários para habilitá-lo para uma outra jornada de trabalho;
7. Durante o seu período de folga, é intimado a comparecer na delegacia de menores para prestar mais esclarecimentos acerca da detenção em flagrante do menor que tentara furtar um supermercado durante o seu último serviço. O policial militar veste o seu fardamento, deixa a sua residência, cumpre a obrigação judiciária e retorna ao seu lar;
8. Ali chegando, recebe um recado com a determinação de que deve comparecer o mais brevemente ao seu quartel para cumprir uma escala de serviço extraordinário de grande vulto. O mesmo policial militar toma banho, alimenta-se rapidamente, farda-se e desloca-se à sua unidade, onde cumpre mais uma atividade profissional, que poderá durar poucas ou várias horas;
9. No dia seguinte ele deverá estar, no horário aprazado, em seu posto normal de serviço, controlando o fluxo de trânsito na avenida.

Aqui se percebe a importância do reconhecimento social na situação de trabalho do Policial Militar, nas situações em que, ao invés de um reconhecimento social positivo, ele se sente como alvo de rejeição, o enfrentamento desta situação se torna especialmente penoso e, freqüentemente, configura ameaça à saúde mental.

Aspectos do ambiente de trabalho repercutem também na esfera mental, quanto maior a jornada de trabalho, quanto maior tempo de exposição a condições desfavoráveis, como por exemplo várias horas numa mesma posição, no serviço ostensivo e preventivo, mais intensa será a fadiga.

Contudo, o exame das inter-relações trabalho/esfera mental evidentemente não pode deixar de lado o indivíduo, sua personalidade e a singularidade de seu histórico pessoal de vida e trabalho.

## 2.2 – CARGA HORÁRIA EXCESSIVA

É fato comprovado que o excesso de trabalho ocasiona a diminuição da produtividade provocados pelo desgaste físico e psicológico.

No âmbito da Corporação, o excesso de trabalho é um problema que preocupa, uma vez que no exercício das atividades da preservação da Ordem Pública, o trabalho policial-militar recebe constantemente uma sobrecarga de atividade, porque as escalas de serviços não oferecem condições para o descanso, e desta forma o homem é submetido a um esgotamento físico, além de passar a sofrer problemas de ordem emocional, tais como depressão, ansiedade, neurose e outras enfermidades da mesma origem que trazem conseqüências graves. Os policiamentos especiais, extraordinários, prontidões, adestramentos, são realizados normalmente em prejuízo da folga e a demora nas trocas dos turnos, agravem ainda mais a situação tornando os policiais militares tensos e agressivos. É bom salientar que estas situações aumentam consideravelmente o número de faltas ao serviço, de visitas aos médicos, baixas hospitalares e solicitações de dispensas.

O então Capitão Valentim(1993:19-20), aproximadamente há cinco anos atrás preocupado com esta situação, buscou junto ao serviço de saúde da PMGO uma resposta para esse quadro, chegando à seguinte conclusão:

- Sobrecarga de serviço e falta de descanso regular e mais a tensão provocada por alguns tipos de serviços e atividades do policial-militar, podem gerar ansiedade e fadiga, resultando na dificuldade de controlar as emoções.
- O homem submetido a pressão psicológica constante, vive sob tensão e fadiga e estes fatores diminuem a capacidade para realizar esforços, aumenta a probabilidade de acidentes, resultado da capacidade de concentração e reflexo.
- A insatisfação e o cansaço, tendem a se refletir na vida do indivíduo, provocando desajustamentos que em caso de pessoas com estrutura psicológica mais frágil, causam neuroses graves ou até mesmo psicoses.
- O cansaço, comprovadamente, tem participação fundamental no desencadeamento e agravamento de uma série de patologias físicas, como a gastrite, a úlcera, problemas cardíacos, hipertensão, asma e outros.

- A pressão psicológica exercida pelos superiores hierárquicos, o pouco convívio familiar e social, justamente pelo excesso de trabalho causam problemas sérios, problemas de ordem psicossomática.
- Finalizando, resumiu, o serviço policial-militar é desgastante, fatigante e muitas vezes traz sérios aborrecimentos. O militar, que é um ser humano normal, necessita de tempo suficiente para sua restauração física e mental. É para atender a essa necessidade psicossomática que existem a folga e o descanso, sem os quais o homem não suportaria as cargas da vida diária do trabalho.

### 2.3 – SONO PERTURBADO

A pesquisadora Seligmamm Silva (1993:621) narra um fato sobre um trabalhador comum que se aplica perfeitamente ao trabalhador policial-militar:

Eu dormia bem antes de trabalhar no turno (revezamento). Comecei a ter problema foi quando fui trabalhar de três turnos e ficava no noturno. Porque, sabe, quem trabalha de noite nunca dorme bem de dia. Dormia, acordava, rolava... Qualquer barulho – criança, carro passando – tudo já me acordava. E o barulho me irritava, o barulho do serviço, e, depois, mesmo em casa. As crianças – sabe como é criança, criança é criança – querem brincar... E eu já irritava, sentia um pouco de nervoso, mas não tanto como depois. Com o passar do tempo se eu chegasse em casa e estivesse música alta, eu não agüentava, eu estourava. Eu ficava desesperado, uma vez quebrei um copo d'água na boca, podia ter morrido na hora se não fosse a família. Eu também brigava com os filhos por qualquer coisa. Se eles estavam aqui escutando música, num domingo ou feriado, eu chegava e brigava com todo mundo. Eu já vinha perturbado, de vez em quando era mais forte o nervoso e era preciso um vizinho vir socorrer, me levar correndo pro convênio, toda vez que minha mulher chamava, toda vez que ela via que ia me dar o ataque nervoso. Lá no convênio me davam uma injeção e eu voltava pro trabalho. Convênio é assim mesmo: atendem e depois dizem: vai embora, vai trabalhar.

Neste momento, a esposa toma a palavra:

‘Ele ficava muito nervoso mesmo. Aqui em casa, teve uma vez um crise muito forte, ficou muito nervoso, tentou abrir a gaveta pra tirar uma faca, e... era com ela (aponta para a filha mais velha)... até ela ficou traumatizada. (A filha começa a soluçar, passando a chorar convulsivamente. D. Ana, a esposa do Sr. Júlio, chora também. O entrevistado abraça a filha, visivelmente emocionado, murmurando palavras de carinho) ‘Minha filha... aquilo acabou... não tem mais nada! Não lembra o passado... Teu pai está bom agora. Você ficou traumatizada mas eu não sabia o que estava fazendo. Uma pessoa quando tem o sistema nervoso abalado do jeito que eu estava, é claro que muitas coisas acontecem.

Desde o nascimento, temos no cérebro substâncias, como a serotonina e a dopamina, que estabelecem, entre outras coisas, nossas necessidades de sono durante a vida. Não há como mudar esta característica, assim como não podemos mudar a cor natural dos olhos.

Durante o sono, o subconsciente continua trabalhando: analisa, classifica todas as informações que o consciente recebeu durante o dia. Se o dia foi um turbilhão de problemas que não se conseguiu resolver, preocupações que têm se prolongado por meses, o reflexo aparece no sono leve e fácil de interromper. A pessoa está alerta e “em guarda”, não consegue relaxar. Por outro lado, se acaba “apagando depois de um dia de trabalho duro, não quer dizer que está descansando – o sono assim é de má qualidade, e os reflexos aparecem no dia seguinte, em um círculo vicioso que desgasta: a memória não funciona, a concentração fica prejudicada, a atenção é desviada e a pessoa se torna dispersiva.

As escalas de serviço da PM absorvem do homem toda sua possibilidade de descanso. O tempo de repouso para recompor-se é insignificante, pois a primeira noite de sono após o término da escala, não é suficiente para uma recomposição orgânica decente, sem falar que o sono diurno posterior ao trabalho noturno, sofre grandes perturbações, tanto em sua estrutura interna, quanto na sua duração, que é bem menor que a de um sono noturno.

Numa escala de 24x48h, as 24 subseqüentes a cada serviço nada mais são do que horas de recuperação das funções fisiológicas e biológicas, e o restante para o lazer. Mas suas 48h para um suposto descanso e lazer, serão violentadas não raramente, com as escalas (inopinadas), e que lhe custarão no mínimo, 6h entre preparação, enquadramento, deslocamento e dispensa computando o retorno ao seu lar.

## 2.4 – FADIGA FÍSICA

### 2.4.1 – Fadiga simples

A fadiga simples, ou cansaço físico-mental, manifesta-se como uma consequência do trabalho “normal” (sem agentes agressivos). É um quadro muito freqüente entre os trabalhadores de todos os níveis. Segundo COUTO (1978:211), a fadiga simples ou cansaço físico-mental tem sua etiologia na soma dos seguintes fatores:

1. monotonia,
2. duração e intensidade física e mental,
3. ambiente inadequado, com temperatura elevada, baixa iluminação ou alto nível de ruídos,
4. responsabilidades, preocupações e conflitos,
5. doença e dor,
6. comprometimento da alimentação.

Todos esses fatores agiriam como se fosse “enchendo um barril”, e produzindo uma sensação de cansaço mental que leva o indivíduo à decisão de parar o trabalho.

A fadiga simples funciona, essencialmente, como um indicador ao organismo apontando a necessidade de interromper, de não “super-exigir” para não levar a complicações posteriores. Ela deve ser interpretada, portanto, como parte da vida cotidiana: enquanto a fome indica a necessidade de comer, a sede a necessidade de beber, a fadiga simples indica a necessidade de repousar.

No entanto, se a fadiga é menosprezada e se o indivíduo se força ou é forçado a trabalhar, a sensação de fadiga aumenta até que se torna insuportável, ou então evolui para um estado chamado de fadiga crônica.

Na fadiga crônica, o cansaço vem não apenas à tarde após o trabalho, mas também durante o dia e muitas vezes antes do início do expediente. É acompanhado de sensação de mal estar, freqüentemente de natureza emotiva.

Ocorre alta incidência de comportamento anti-social, de manifestações de neurose de angústia ou depressiva.

#### **2.4.2 – Trabalho noturno como causa de fadiga física**

O trabalho noturno é necessário em muitas atividades como hospitais, correios, controle de tráfego aéreo ou marítimo, polícias, bombeiros etc. Apesar da incidência de intolerância a esse tipo de trabalho manifestar-se sob forma de doença física a princípio em apenas 1/5 dos indivíduos, ele deve ser tratado como uma causa de fadiga, porque a atividade constante à noite leva após algum tempo à conseqüências sociais sérias de alijamento do indivíduo da sociedade.

O indivíduo, ao executar um trabalho no período noturno, altera as funções de seu organismo em decorrência da falta de sincronismo entre o ritmo biológico e o ritmo de trabalho, como por exemplo, a ação das partes do sistema digestivo envolvidas na digestão é mais evidente durante o dia; o estado de vigília do sistema nervoso central é mantido mais durante o dia que durante a noite, o apetite é maior durante o dia que durante a noite etc.

Em conseqüência dessa dessincronização (COUTO, 1978:213-214) revela três fenômenos de **natureza fisiopatológicas**:

- a. cansaço, aumentando a sensação de mal-estar durante o período noturno;
- b. diminuição do apetite;
- c. redução da duração do período de sono, para 4 a 6 horas durante as 24 horas.

O **cansaço aumentado** e a sensação de mal-estar diminuem e desaparecem na maioria dos casos após alguns dias, no que é chamado adaptação ao trabalho noturno. No entanto, em 15 a 20% dos casos, os sintomas progridem para distúrbios gastrointestinais (gastrite, úlcera) ou para distúrbios nervosos (neuroses). Os fenômenos gastrointestinais são mais comuns em indivíduos jovens, enquanto as manifestações de neurose são mais comuns em indivíduos mais idosos.

O **período de sono diminuído** é outro achado constante, e pode-se dizer que é o fenômeno que primeiro aparece quando o indivíduo começa a trabalhar à noite. Na gênese dessa alteração, pelo menos dois fatores

são importantes: a presença de fatores externos que perturbam o sono do indivíduo e o ritmo biológico, que estará durante o dia no máximo. Assim, mesmo se forem proporcionadas ótimas condições de conforto, de silêncio e de ambiente escuro para dormir, nota-se que ele não terá um sono qualitativamente igual ao que é conseguido à noite.

A **diminuição do apetite e posterior emagrecimento** ocorre em consequência da dessincronização da atividade com a função digestiva; enquanto que a atividade do sistema digestivo é pequena durante a noite, o indivíduo estará trabalhando e comendo pouco; durante o dia ele muitas vezes não ganha o que perde porque a alimentação é prejudicada pelo sono.

Com relação às manifestações de **natureza psicológica**, apresenta ainda, dois tipos básicos: as manifestações no trabalho e as manifestações no ambiente social.

As **manifestações no trabalho** são resultado da falta de sincronização entre o indivíduo e o restante do grupo que com ele convive. Durante o dia, parte do horário deve ser dedicado ao sono; os contatos sociais ficam prejudicados, e se a esposa trabalha durante o dia, mais e mais as relações vão sendo prejudicadas. Muitos indivíduos utilizam o dia para a complementação do salário, (no caso da PM, o famoso “bico”) dedicando-se ao trabalho em construções, mecânica, reparos elétricos ou em atividades comerciais, aumentando ainda mais o grau de fadiga a que estão impostos. Após determinado tempo, o indivíduo sente como se estivesse alijado da sociedade.

## 2.5 – Fadiga Psíquica

É a fadiga cognominada nervosa, que se caracteriza por quadro orgânico, acompanhado de quadro psíquico, com a sintomatologia múltipla, apresentando cefaléia, tonturas, prostração física, falta de apetite seguido de perda de peso, sudorese fácil, diarreia, choro, alterações do sono, diminuição da memória, dificuldade de concentração, diminuição da potência sexual e da libido. Ela é de enorme importância pois existe informação de que enquanto apenas 17% das tarefas levam à fadiga física, praticamente todos os tipos de trabalho podem levar à fadiga psíquica.

Ela só foi detectada após a 1ª Guerra Mundial, quando o pessoal de acompanhamento de recursos humanos passou a observar a existência, com grande frequência, de um quadro de fadiga até então não conhecido: os indivíduos

---

desenvolviam sinais e sintomas de ansiedade ou depressão, muitas vezes acompanhadas de repercussões orgânicas, portanto buscavam uma explicação para aqueles **efeitos**, uma vez que os trabalhadores não estavam expostos a ambientes insalubres ou qualquer outra causa de fadiga física.

Os efeitos mais comuns eram a diminuição de eficiência no trabalho, o aumento da incidência geral de **doenças** no trabalhador, o absentismo elevado, aumento do número de acidentes do trabalho, o indivíduo procurava outro emprego ou outro tipo de trabalho por não estar se sentindo bem ali (insatisfação no trabalho) etc.

As doenças que apareciam eram, principalmente, do aparelho digestivo, como úlcera, gastrite, colo irritável, além da irritabilidade excessiva e piora de hipertensão arterial.

Segundo COUTO (p. 221-226), a sintomatologia somente aparece quando existe a inter-relação entre fatores de contexto, vulnerabilidade do indivíduo e agentes agressivos, para tanto os enumeram:

*Fatores de contexto:*

1. baixo padrão de vida;
2. problemas de alimentação;
3. problemas de habitação;
4. problemas de vestuário;
5. problemas de transporte;
6. assistência médica deficiente, para si ou para a família;
7. assistência social deficiente;
8. segregação social (no nosso país), e segregação racial (em muitos outros países, porém menos no Brasil);
9. problemas de desajustamento familiar;
10. falta de relacionamento pessoal;
11. solidão;
12. altas pressões sociais e padrões de comportamento que a sociedade exige do indivíduo.

*Vulnerabilidade do indivíduo:*

1. alcoolatria e dependência a drogas – são indivíduos que já possuem tal grau de desajustamento, que precisam de drogas para poder

auxiliá-los;

2. jovens – o jovem (entre 18 e 30 anos) não entende e se revolta facilmente se as coisas não acontecem da forma que ele acha que deveria acontecer;
3. indivíduos de nível intelectual mais alto – aquele que tem uma capacidade maior que do restante, sempre vai querer aumento salarial, e se não conseguir irá procurar outro local;
4. indivíduos com insegurança latente – quando a eles é dada uma responsabilidade mal delegada, fica inseguro pela tarefa que foge de sua rotina, passando a temer o serviço;
5. indivíduos com entusiasmo excessivo – quando sobre eles sobrem um “bloqueio de carreira” quando da promoção;
6. indivíduos com tendência a distonia neurovegetativa – vão desenvolver as doenças psicossomáticas muito mais facilmente que aqueles que não possuem essa tendência.

*Agentes agressivos:*

1. chefia insegura;
2. responsabilidade mal delegada – o exemplo a seguir dá idéia do que é o processo:
  - Um determinado funcionário realiza a sua função muito bem; é pontual. Dedicado e gosta do que faz. Sem perceber que este trabalho bem feito é graças a uma prática longa e que esse indivíduo é **inseguro no que foge daquela rotina**, o chefe o promove, para fazer uma tarefa de maior complexidade e de maior responsabilidade. A insegurança latente vai se manifestar aí e o indivíduo **passa a temer o trabalho**, particularmente quando este envolve uma responsabilidade de dano material ou humano. O indivíduo **teme que haja serviço**, porque se houver, ele sabe que não terá condições de desenvolvê-lo adequadamente. Aparece a fadiga psíquica e o chefe terá transformado um bom funcionário num funcionário insatisfeito. Um outro indivíduo, sem insegurança latente, provavelmente desenvolver-se-ia para poder atender às necessidades da nova função e consideraria a nova responsabilidade como uma promoção.

Exemplo desse tipo é muito encontrado no meio médico, particularmente entre médicos recém-formados e que se candidatam a uma residência em hospitais gerais: o indivíduo já sai da Faculdade com uma dose muito grande de insegurança e é colocado como único responsável de um “plantão geral” num hospital onde existem muitos tipos de doenças. O indivíduo passa a temer o plantão, com medo de qualquer atendimento que porventura apareça e o seu dia de plantão se transforma em “**dia de agonia**”.

3. Bloqueio de carreira – o seguinte exemplo dá idéia do que acontece nesses casos:
  - Dois indivíduos trabalham na mesma função, sendo um mais novo e o outro mais idoso. Ambos são funcionários bons,

porém o mais novo é do tipo que tem entusiasmo excessivo. Numa época de promoção, se o chefe promove o mais velho sem o **cuidado de conversar antes com o mais novo e lhe explicar as razões**, ele corre o risco de o que tem entusiasmo excessivo sentir a promoção do outro como um bloqueio feito à sua carreira, uma injustiça. E passa a não aceitar mais a chefia, considerando-a injusta. E transforma-se de um bom funcionário num funcionário insatisfeito.

4. Conflito entre chefias – é o caso de chefias cujos pensamentos não estão bem identificados, e que isso é percebido pelos trabalhadores,
5. Falta de correlação adequada entre capacidade – responsabilidade e salário – o indivíduo somente estará satisfeito se a responsabilidade que lhe é delegada no serviço está no mesmo nível de sua capacidade e o salário é proporcional,
6. Falta de motivação no trabalho.

Nesta parte, faz-se um adendo, por ser o assunto muito importante no meio militar:

O indivíduo quando ingressa na Corporação leva consigo potencialidades e disposição para o trabalho, muita vontade de realizar e progredir. Infelizmente, essa disposição nem sempre é estimulada, sendo comum o indivíduo ter seus passos tolhidos em decorrência das limitações e exigências da própria estrutura formal da organização.

A princípio há uma espécie de expectativa, mas em pouco tempo o militar percebe o que a organização espera dele, se a PM não valoriza muito o seu trabalho, ele descobrirá logo qual o limite de rendimento mínimo que poderá apresentar sem criar problemas. Neste caso o militar poderá deixar de exercer sua criatividade no serviço e canalizar a parte não aproveitada de suas energias para outra atividade como o alcoolismo, jogos, etc.

A corporação que deverá funcionar como meio de dar vazão às qualidades do policial-militar, transforma-se numa forma de bloqueio para sua capacidade de realização. É comum a PM receber uma pessoa talentosa, mas aproveita o mínimo de sua capacidade, e assim, a maior parte de sua potencialidade é bloqueada pelo ambiente de trabalho.

Estudiosos do assunto com relação a motivação, identificaram três fatores que levam uma organização a frustrar os empregados e a dificultar a plena realização de suas potencialidades: **a estrutura formal, a liderança impositiva e os controles administrativos.**

De acordo com esse ponto de vista, a estrutura concentra o poder nas mãos de um pequeno número de pessoas, provocando apatia e falta de flexibilidade dos subordinados. Na liderança impositiva e autocrática, os chefes tomam as decisões e exigem dos subordinados apenas o cumprimento de tarefas restritas ao cargo. Os controles administrativos estabelecem restrições que anulam as iniciativas, mesmo que a natureza do trabalho exija liberdade de ação e autonomia.

7. Trabalho monótono,
8. Trabalho com alta concentração mental,
9. Relações humanas inadequadas – tanto na vertical (por parte

dos chefes) quanto na horizontal (entre os próprios colegas de trabalho).

10. Fatores ligados ao ambiente – alto nível de ruído, a má iluminação, o calor excessivo etc.,
11. A não participação em decisões como sensação de marginalização.

Atenção especial deve ser destinada à fadiga, porque é dela que se desenvolve uma série de desconfortos orgânicos, e que reduz a capacidade do policial militar, na execução dos seus serviços, comprometendo, conseqüentemente, a Corporação a que serve.

Cada indivíduo tem sua capacidade, sua personalidade e suas limitações e, quer queira ou não, devem ser respeitadas, mesmo sabendo-se que o que se determinou foi dentro das suas possibilidades. É difícil conhecer se o semelhante está preparado para a missão distribuída, principalmente porque há fatores e causas externas que podem promover o bloqueio. Seu Comandante direto deve estar ciente, ou tomar conhecimento de tal situação, tendo em vista o bom relacionamento que deve manter com os seus subordinados. Assim, ele saberá o nível de fadiga e condicionará os serviços à realidade, evitando constrangimento, como na responsabilidade mal delegada.

## **2.6 – Alcoolismo**

O consumo contínuo e excessivo de bebidas alcoólicas é responsável por alterações cada vez mais graves da personalidade. O alcoolismo está em contínuo aumento em virtude da expressão da variabilidade sócio-cultural pela qual, numa determinada sociedade e num determinado momento, o recurso ao álcool assume proporções maiores porque se verificam com maior intensidade aquelas condições que impelem o homem a procurar na embriaguez alcoólica a única solução existencial. Por outro lado, a ambigüidade e as contradições que caracterizam a sociedade nada mais fazem do que agravar a situação: de fato, por um lado é permitida uma publicidade, sem limites, de bebidas alcoólicas como revigoradoras

de energias, como modelo de vida, ou até medicamentos providenciais. Os jornais e as revistas de grande público, a propaganda de televisão, a publicidade mural, oferecem e repetem insistentemente o convite para usar esta ou aquela bebida alcoólica, ou seja, beber assume o significado de um comportamento em conformidade com a expectativa social.

Por outro lado, a sociedade condena o alcoólatra, rechaça-o do próprio contexto e, na melhor das hipóteses, considera-o um doente, enquanto que na pior degrada-o a condição de viciado.

O abuso de bebidas alcoólicas conduz, sem dúvida, a alterações da personalidade que, em última instância, podem culminar num quadro pseudodemencial. Também é possível que, no decurso do alcoolismo, surjam manifestações de psicoses agudas, subagudas e crônicas.

A tendência para beber imoderadamente e a incapacidade para resistir ao desejo de beber, embora conhecendo os riscos e danos que se irão enfrentar, levam a considerar o alcoólatra um dependente do álcool, tal como se definem aqueles que não podem passar sem um determinado medicamento (farmacodependência).

A dependência psíquica e biológica estabelece-se gradualmente com uma série de ritualizações que assemelham à neurose compulsiva. O alcoólatra começa a beber às escondidas e aproveita qualquer ocasião para satisfazer a necessidade cada vez maior de álcool. Superado o sentimento inicial de culpa, ele procura racionalizar sua própria atitude em face do álcool, dando justificativas das quais os familiares ou amigos devem deduzir que ele podia passar muito bem sem beber e que se o faz é porque tem boas razões para isso. É nessa fase que começa a chamada “má-fé” do alcoólico; e a ela se soma uma carga de agressividade quando as suas justificações distorcidas não são aceitas pelo contexto social. À medida que o consumo de álcool torna-se mais freqüente e mais abundante, a personalidade vai ficando mais perturbada: as relações interpessoais pioram. O alcoólatra distancia-se dos amigos, briga com a família, perde interesse pelos acontecimentos, trabalha sem

empenho, tem reações desproporcionais a todas as reclamações que possam ter qualquer coisa a ver com a sua condição.

Numa fase mais avançada surgem distúrbios de caráter mais sérios – belicosidade, violência – assim como do senso ético. Daí em diante, já não esconde a necessidade de embriagar-se nem alimenta qualquer sentimento de culpa quando, após uma abundante ingestão de álcool, se encontra num recolhimento para bêbados e vagabundos. A hostilidade contra a mulher é incrementada pela debilitação da potência sexual: começam a aflorar as idéias de ciúme.

A passagem para a cronicidade é anunciada pela necessidade de beber mesmo pela manhã. A eficiência das contribuições psíquicas declina para níveis mais baixos e surgem, finalmente, os tremores nas mãos e na língua.

Aos distúrbios da personalidade somam-se distúrbios somáticos: além dos distúrbios de natureza neurológica (tremores, contração involuntária dos músculos, caimbra), surgem perturbações do aparelho digestivo (gastrite, insuficiência hepática) e do aparelho cardiovascular (hipertensão arterial, miocardite).

Na fase final, o alcoólatra perde todo o controle e renuncia à luta: a dependência é agora total. O alcoólatra crônico distingue-se pela alteração global da personalidade, com destaque para a perda de todas as normas morais e perturbações de humor (explosões de cólera).

O Dr. Giuseppe Campailla (1982: 118-119) com base em suas pesquisas esclarece que:

Os estudos da personalidade do alcoólatra não tem nenhuma valor se não for enquadrado no da família e da sociedade em que ele vive. Frequentemente, o pai do alcoólatra é alcoólatra (64,08% segundo a nossa estatística); nesses casos, ocorre a adoção de um modelo comportamental predominante, através de um processo de identificação paterna. De fato, quando filhos de alcoólatras são adotados por famílias não-alcoólicas a percentagem de alcoolismo diminui significamente. Em 53,9% dos casos, verifica-se concordância entre os hábitos alcoólicos do pai com os do filho. A mãe é vista como superprotetora em 45,1% dos casos entre aqueles que começaram a beber antes dos 20 anos e em

68,7% dos casos quando o início do alcoolismo ocorreu entre os 20 e 30 anos de idade.

A idade de início, segundo as pesquisas efetuadas em nossa Clínica, verifica-se em 45,5% dos casos abaixo dos 20 anos.

Nas mulheres, essa percentagem cai para 37,1% com índice entre os 20 e 30 anos. A importância da estrutura familiar é evidente se pensarmos que os homens que começaram a beber depois do casamento representam somente 39,3%, ao passo que as mulheres que se tornaram alcoólatras depois de casadas atingem uma percentagem de 87,5%. A percentagem de cônjuges que começaram a beber quando ocorreu uma discórdia na família é de 81,5%. Se considerarmos as relações interpessoais entre cônjuges, verificaremos que 40% dos homens começaram a beber depois do casamento consideram a mulher “compreensiva”, 30% vêem-na como “autoritária” e somente 2,8% a definem como “infiel”.

A Revista Veja em sua edição nº1506, de 30 de julho de 1997, sob o título “O fardo da farda” registrou que “nos quartéis, o alcoolismo é problema tão sério quanto nas residências de boa parte dos paisanos. Mas o que mais aproxima os homens de farda de cidadão comum é o salário” (CARVALHO; FERNANDES, 1997:30).

No hospital da PMGO há vários casos de pessoas que pertencem ao grupo de alcoolistas. Esses, quando da seleção disseram que praticamente não bebiam e, hoje, falam que já consumiam álcool em grande quantidade antes de entrar para a instituição. Assim, como não existe exames laboratoriais, para se descobrir se a pessoa é alcoolista ou não, o indivíduo deve ser mais questionado a respeito das tendências ao alcoolismo, se o pai bebe, se a mãe bebe, se o irmão bebe, se a própria pessoa bebe. Um indivíduo nessa condição, ao entrar para a Polícia Militar, encontrará colegas que já estão acostumados com a bebida, juntos, ao final do serviço, ou por outra ocasião qualquer, acabarão por consumir todas. Se é casado ao chegar em casa, briga com a esposa, tornando outro motivo para beber mais. Outra situação é quando não ganha suficiente para comprar o que precisa, fica tenso, nervoso e esta tensão, tem que ser descarregada de alguma forma, quando não acha alguém para extravasar, procura a bebida novamente. Então, na realidade,

a bebida, psicologicamente, muitas vezes, é uma maneira de fugir dos problemas da realidade.

## 2.7 – Estresse

O estresse tornou-se um dos assuntos mais estudados e discutidos nos últimos anos. Livros, revistas e teses têm sido dedicados inteiramente a investigações profundas sobre o conceito do estresse e suas implicações para a saúde e a qualidade de vida do ser humano.

Toda atividade profissional é desgastante, mas algumas profissões são mais estressantes do que outras porque exigem estado de alerta máximo, **estando sob constante tensão**, como as funções exercidas pelo Bombeiro e pelo Policial Militar. Mesmo com a formação e preparo que possuem para enfrentar situações difíceis não estão livres do estresse e, até porque, a maioria está inserida num contexto sócio-econômico bastante desfavorável.

Podemos imaginar quão traumáticas são algumas situações vivenciadas pelo Bombeiro Militar, que exige deste, grande responsabilidade e desempenho eficaz, especialmente quanto está em risco não só a vida de outros seres vivos e materiais, mas de pessoas, como o resgate das vítimas em grandes tragédias. Ele trabalha com o imprevisto.

Quase freqüentemente, tomamos conhecimento através da imprensa que policiais matam e perdem a vida no cumprimento do dever, como ocorreu no ano passado com um Tenente PM num assalto a Banco em Trindade/Go, e recentemente com um Soldado PM no pátio do Estádio Serra Dourada. Esses são exemplos dentre muitos sem falar em outras ocorrências que resultam em seqüelas irreversíveis.

Temos acompanhado militares com sérios transtornos emocionais que se envolveram em diferentes ocorrências, também colegas desses policiais mortos ou feridos tem nos procurado para apoio psicológico, apresentando sintomas indicativos de elevado grau de estresse como: insônia, pânico, pesadelos, dores de cabeça e estômago, taquicardia, angústia, ansiedade, irritabilidade etc.

Na experiência de trabalho, temos observado que, tanto o excesso de tensão, quanto a ausência, ou trabalho monótono, gera estresse. Policiais cuja função é o policiamento ostensivo e preventivo, onde na maioria das vezes, permanece exposto e por várias horas numa mesma posição, tem queixado de cansaço físico e mental, não raro, deprimidos e apáticos. Sabemos que as implicações do estresse na vida pessoal, social familiar, afetiva, profissional e na saúde do militar, são inegáveis. Esclarece a psicóloga Eleni da **Caixa Beneficente** (MACHADO, 1998: 10).

O trabalho policial é tido como uma das ocupações mais estressantes porque a atuação é feita num ambiente muito complexo e que é exigida uma performance profissional cada vez mais especializada.

As pessoas não solicitam ajuda policial quando as suas vidas estão perfeitamente em ordem. O policial só é envolvido quando as atividades estão em consideráveis desordens e as vidas em risco. Um acidente de automóvel, um assalto a uma residência, o roubo do carro da família e o mau trato a uma esposa ou a uma criança são apenas algumas das numerosas ocorrências que comandam a atenção diária do policial.

No que concerne a tensão, como foi exposto acima, quando há excesso começamos a sonhar com um dia mais ameno, com um pouco de paz. Quando as exigências são poucas podemos ter reações de sonolência. O serviço torna-se aborrecido e chato. Longe de ser agradável para quem está trabalhando no Patrulhamento da rua, torna-se enfadonho, olhar para o relógio e as horas não passam, o rádio em silêncio.

Expor-se por longo tempo a uma determinada escala de serviço, cria no policial, um estresse físico e mental. A preocupação constante com o suprimento de meios para manter a sua família, o pouco vencimento, somados a outros fatores como a repressão de seus sentimentos de revolta e mágoa diante de seus superiores ao ser repreendido e o intenso esforço de autocontrole, conforme visto nesta pesquisa em 78% dos casos de PPM com menos de 15 (quinze) anos de serviço 88% dos que têm mais, minam paulatinamente a sua saúde, surgindo altos índices de doenças cardiovasculares, nervosas, e gástricas. O pior é que outras pessoas sofrem com isso também. Em casa, o policial tende a “desligar” as emoções em relação a sua família, levando a um processo de afastamento de procura de relações fora de casa, quando não extravasa sua raiva e indignação no ambiente familiar. Na rua, os policiais podem extravasar sobre os cidadãos que eles encontram em situações de Polícia.

Diante desse quadro, nos surgem algumas perguntas: quantos policiais não cometeram ilícitos, deixaram de atuar adequadamente, foram punidos e

demitidos por estarem altamente estressados? Quanto a imagem da PM não foi maculada por policiais que cometeram “bobagens”, as quais foram espertamente exploradas pela imprensa? Muitas dessas “bobagens” não poderiam ser resultados dos problemas emocionais que vão se acumulando e provocam o estresse e outros tipos de transtornos no PM?

O policial é constantemente submetido a grandes pressões ocupacionais, quer por parte do estrito cumprimento da lei (o que já não ocorre com os marginais), por parte da imprensa (que exerce o seu trabalho de fiscal), por parte das chefias, pela sociedade, pela família etc. “Sob tensão pesada, o ser humano rende maravilhosamente durante algum tempo. Depois, simplesmente capota” explica a psicóloga Marilda Lipp, da PUC Campinas (LIPP, 1997: 95-96).

Todos nós temos um limite na capacidade de suportar pressões.

Com o aumento do nível de pressão há, em geral, uma alteração no padrão de pensamento. Certas pessoas passam a encontrar dificuldades em estabelecer prioridades, têm hesitação, visão estreita e raciocínio confuso e ilógico. Há uma diminuição da capacidade de concentração, de planejamento e de decisão. Todas essas mudanças são lentas, não acontecem do dia para a noite. Muitas vezes passam despercebidas até para os amigos que estão perto desse homem, podem até ser incompreensíveis para alguns, especialmente para os que estavam submetidos aos mesmos riscos e não sofreram efeitos semelhantes.

Os efeitos sobre cada pessoa variam. A tendência à depressão ou à ansiedade é genética, e o desgaste cotidiano cumpre o mero papel de detonador. Características da personalidade, como timidez ou irritabilidade, são congênitas. E a maneira pela qual cada pessoa reagirá diante da vida é determinada logo na infância. Ao chegar na idade adulta cada pessoa tem limite físico e mental já determinado, como limite de uma conta de cheque especial. As pressões da vida têm peso como a maneira de cada um enfrentá-las, explica o médico Kurt Zanker, do Instituto de Imunologia da Universidade de Witten, na Alemanha (Zanker, 1997:98).

O estresse é um perigo real para o policial, isso porque o estresse no trabalho, de uma forma geral (não só o policial) afeta a saúde da pessoa, sua personalidade e/ou a sua performance profissional.

Juntamente com os problemas físicos existe um número de problemas emocionais com alta repercussão no trabalho policial (Ex.: temor, pesadelos, insônia, desejo de isolamento, medo e ansiedade sobre situações futuras, depressão). Esses problemas acabam se manifestando através do divórcio e outras dificuldades familiares, sentimento de insegurança, perda de controle, dificuldades sexuais, uso abusivo de álcool ou drogas e, suicídios.

Em relação aos suicídios, Martins Ribeiro (1993: 15) constatou que “na PM de São Paulo, o número é seis vezes maior que o de população em geral”. Para corroborar o seu estudo, citou “que o número de suicídios na polícia de Nova York é de aproximadamente o dobro da população”. Finalizando expôs que “dentre todas as profissões a de policial é a que apresenta maior índice de suicídios”.

Um estudo de Jonh M. Violant (1993: 19-27), publicado na Revista Especial da PM do Estado do Rio de Janeiro, classifica a carreira policial em quatro estágios, os quais afetam a percepção do estresse por parte do policial.

- 1 – Estágio de alarme (0 a 5 anos)
- 2 – Estágio de desencanto (6 a 13 anos)
- 3 – Estágio de personalização (14 a 20 anos)
- 4 – Estágio de introspeção (20 anos ou mais).

O estágio de **alarme** ocorre no trabalho policial durante os primeiros cinco anos. Este comportamento pode ser equiparado ao “choque da realidade”, uma constatação pelo policial novato de que o trabalho real de polícia é bem diferente daquele aprendido na Academia.

O estresse deve crescer intensamente durante este estágio, à medida que o jovem policial vai sendo exposto à experiência de trabalho da “vida real”. Isto pode ser verdade por duas razões. Primeiro, o oficial novato nunca experimentou o trabalho real da polícia e está provavelmente atônito com cenas como cadáveres ou vítimas de acidentes em sofrimento. Segundo, o policial percebe as exigências do trabalho “real” de polícia como um fardo para sua capacidade pessoal de reação. A afirmação “acho que não consigo fazer o meu trabalho” é comum entre policiais jovens. Por estas razões o primeiro estágio da carreira de um policial é crescentemente estressante.

O estágio de **desencanto** geralmente ocorre durante o sexto ano e continua até o meio da carreira (12-14 anos). Sob alguns aspectos, o estágio de desencantos é uma extensão do choque da realidade experimentado nos primeiros cinco anos. As noções idealistas acalentadas na academia de polícia tornam-se cada vez mais distantes da realidade durante este estágio. É um tempo de amarga decepção para muitos

policiais, uma constatação de que as pressões e exigências do sistema policial ultrapassam de longe sua capacidade de reagir com êxito. Os policiais tornam-se desencantados com a falta de apreciação ao seu trabalho, por parte do público e da administração de polícia; muitos adotam o cinismo como um mecanismo de adaptação.

O estresse deve continuar a aumentar durante este estágio, num nível acima em relação ao estado de alarme. Isto é verdade porque os policiais têm uma sensação de fracasso pessoal, por se sentirem incapazes de lidar com as exigências do policiamento. Eles se sentem “ineficazes” em relação ao crime, as suas próprias carreiras e ao bem comum.

No final da metade da carreira e até a possível aposentadoria aos 20 anos de serviço, os policiais atravessam um estágio de **personalização**. Durante este tempo, o policial começa a colocar uma nova ênfase nas metas pessoais, em detrimento das metas de trabalho.

Durante o estágio de personalização, um policial pode não se “preocupar” com as exigências do policiamento. É possível que, à medida que o policial se aproxime do meio da carreira, suas idéias sobre o que é importante mudem. Por exemplo, o fracasso nas tarefas policiais podem ser menos importante do que em anos anteriores. Esta mudança de valores pode ter um efeito decrescente no estresse. A menor importância atribuída às exigências do trabalho policial e o reduzido medo do fracasso irão contribuir para este decréscimo.

Situação que é confirmada pela **psicóloga Marilda Novaes Lipp** quando diz que o estresse é uma reação emocional, com componentes físicos e psicológicos, que se manifesta em situações de transformações abruptas. E quanto mais o profissional supervaloriza a sua função, mais sujeito estará ao estresse.

O período após 20 anos de serviço é um tempo de **reflexão** para os policiais. Niederhoffer fala do “saudosista” que recorda os primeiros anos da carreira como “os velhos bons tempos”. Este é o estágio de **introspecção**, uma época em que os policiais estão de algum modo mais seguros nos seus empregos. Depois de 20 anos de serviço, os policiais parecem preocupar-se menos ainda com as exigências do trabalho e com o fracasso. A maioria dos departamentos permite a aposentadoria aos 20 anos e os policiais sabem que podem sair a qualquer instante. Os que ficam, assim o fazem porque “o trabalho agora é fácil” ou porque não encontram outro emprego conveniente. O estresse continuará a diminuir durante o estágio de introspecção; é provavelmente a época menos estressante da carreira de um policial.

“Stress não é doença”, ressalta o Dr. Renato Borges Filho, cardiologista da Fundação Adib Jatene (COMIS; FILHO, 1998:91) “e sim uma reação do organismo a fatores como a tensão – seja ela física ou psicológica – que ameaçam o equilíbrio interno, a intensidade e principalmente a permanência dos fatores estressantes é que podem servir de base para o desenvolvimento de doenças como a gastrite, problemas intestinais e digestivos, arteriosclerose, infarto agudo de miocárdio etc”.

Segundo Antônio Paulo Comis, especialista na prevenção de doenças ocupacionais do LaborClin – Consultoria, Assistência Médica e Odontológica S/C Ltda. (COMIS; FILHO, 1998:89), em sua vivência do dia a dia com interessantes ocorrências no trabalho, enumera algumas teorias que procura definir causas para o stress pernicioso, aquele que provoca doenças psicológicas e/ou orgânicas:

1. Volume de agentes estressores incidindo ao mesmo tempo e por longo período;
2. Pessoas mais susceptíveis que encaram os estressores, como ameaça em graus mais acentuados que outras;
3. Presença de substâncias segregadas pelo organismo nas situações de stress, que ficam acumuladas e podem provocar doenças;
4. Ao final do stress, ficaram resquícios do medo experimentado gerando a angústia que levaria à desestruturação psíquica e assim favorecia o surgimento de doenças psicológicas;
5. Sentimento de humilhação por se dar por vencido perante agente estressor encarado como aviltante à sua dignidade, tornando o indivíduo, alvo de desequilíbrios psicológicos.

Complementando o assunto, o Dr. Roberto Fertesz, psiquiatra argentino e consultor organizacional, citado por Oliveira (1994:12-13), apresenta alguns fatores que podem levar o indivíduo ao estresse. Vide a transcrição a seguir.

- a) Ambigüidade na função: isto se dá quando um policial militar não tem as tarefas de um cargo bem definidas e acaba tendo que executar trabalhos para os quais não está preparado;
- b) Conflitos na função: ocorrem quando um mesmo policial recebe ordens de serviço opostas ou conflitantes, por exemplo: o chefe lhe dá uma instrução e uma autoridade superior ao seu chefe lhe dá outra para ser executada na mesma hora e no mesmo dia;
- c) Sobrecarga qualitativa no trabalho: quando é exigida do policial militar maior qualidade em seu trabalho; é bom lembrar que esta sobrecarga ocorre só quando o indivíduo não consegue aumentar a qualidade do seu trabalho.
- d) Sobrecarga quantitativa no trabalho: refere-se ao aumento excessivo na quantidade de trabalho.
- e) Más relações interpessoais: quando o relacionamento com os colegas ou com superiores não é bom, gerando um clima tenso e hostil no ambiente de trabalho.
- f) Baixa participação no trabalho: ocorre quando o policial militar não tem chance de expor o seu ponto de vista e de participar das decisões que dizem respeito ao trabalho. É o caso de policiais militares que só cumprem ordens, não tendo oportunidade de questionar ou discutir a

respeito de seu trabalho.

- g) Progresso na carreira: a falta de perspectiva de ascensão profissional também pode ser geradora de estresse.
- h) Conflito com outras funções: ocorre quando o trabalho gera conflitos com a família. É o caso da mulher que precisa trabalhar e não tem com quem deixar os filhos.
- i) Insegurança do comandante imediato.
- j) Ordens confusas recebidas do comandante imediato.
- k) Descomissionamento de um comandante imediato, que é a perda de algo, principalmente se ele não sabe o motivo.
- l) Injúrias: é quando um comandante imediato correto percebe a não – fidelidade de um ou mais subordinados, principalmente se a receptividade é o jogo “sujo”.

Finalizando, para corroborar o que foi dito por outros especialistas da área, mencionamos a opinião do psiquiatra Márcio Bernik (1997:96), chefe do Laboratório de Ansiedade da Universidade de São Paulo.

A química do stress não é, em si, responsável pelas doenças. Ela reduz a resistência do organismo e favorece o aparecimento de enfermidades para as quais a pessoa tem alguma tendência genética. Quando o Stress é crônico, as substâncias que geram a reação de defesa acabam intoxicando o organismo. O estômago funciona como se estivesse prestes a digerir uma presa, liberando cachoeiras de suco gástrico e enzimas digestivas. Os ácidos estomacais, fortes o suficiente para fazer um buraco num tapete, causam o quadro conhecido pelos gastroenterologistas como “úlceras de stress”. A pressão arterial, que sobe drasticamente, leva os vasos sanguíneos a perder flexibilidade e endurecer, favorecendo a arteriosclerose. A balbúrdia provocada no organismo ainda pode favorecer o surgimento de diabete, derrames, depressão e até câncer.

## 2.8 – Hereditariedade

Segundo o Professor Doutor POSTERLI (1979: 136-41), desta Academia, existem moléstias graves, transmissíveis por herança, não contagiosas, é claro, mas que colocam em risco a saúde da descendência como a ESQUIZOFRENIA, a PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA (hoje, Distúrbio Bipolar do Humor) e a EPILEPSIA ESSENCIAL, assunto sobre o qual faz as seguintes colocações:

- (...) quanto à **EPILEPSIA**, nós médicos somos perguntados com boa frequência, da inconveniência ou não de tal matrimônio. Antes, a negativa da autorização de casamento para os epiléticos era peremptória. Sabemos que o epilético constitui eventual perigo para quem o despose (mesmo na epilepsia sintomática) e também para sua **descendência** (no caso da epilepsia essencial, genuína ou criptogenética) sempre exposta (ou susceptível) a **hereditariedade**. Hoje, diante da tal formulação, bom senso! Com referência aos pretendentes consangüíneos, o decreto-lei nº 3.200 de 19 de abril de 1941, que dispõe sobre a **ORGANIZAÇÃO E PROTEÇÃO DA FAMÍLIA**, obriga-os ao exame pré-nupcial. É **FORMALMENTE DESACONSELHÁVEL** o matrimônio entre dois epiléticos e É **ABSOLUTAMENTE DESACONSELHÁVEL**, inconveniente, o casamento entre dois epiléticos consangüíneos (em virtude, do ponto de vista genético, da convergência ou somatória de caracteres patológicos na genitura). Entretanto, se tal patologia não possuir caracteres notadamente **herdáveis**, ou então por causa de algum processo mórbido ou então dificuldades gravosas durante o parto (epilepsia sintomática, e não essencial) não há por que negar a permissão, em tais casos, de casamento ao portador dessas formas benignas.
- (...) quanto à **ESQUIZOFRENIA** e sua **hereditariedade** patológica, sendo um dos pais esquizofrênico, 10% dos filhos herdarão a grave enfermidade e aproximadamente 34% serão anormais afins, o que dará, pois, uma somatória de 44% de **patologia herdável**. Por outro lado, se ambos os pais forem doentes, só para termos uma idéia, o que se sabe é que 53% dos filhos serão esquizofrênicos e 29% anormais afins, o que dará uma somatória de 82% de **hereditariedade patológica**. Em termos de Genética Clínica sabe-se que a Esquizoidia é **GEN DOMINANTE** enquanto que a Doença Esquizofrênica seria em virtude de **GEN RECESSIVO**.
- (...) quanto à **PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA**, sendo um dos pais doente, 33% dos gênitos serão portadores de psicose afetiva, bem como a ocorrência de anormais outros afins. Por outro lado sendo ambos os cônjuges portadores sim de tal psicose maníaco-depressiva, 62% da descendência, da prole, **herdarão** tal patologia mental, sem contar mais de 37% de anormais afins, o que perfaria uma totalidade 99% (para não dizer 100%) de gens patológicos: É mais animador entretanto o fato de tal psicose endógena ser de bom prognóstico, o que se compara com o da esquizofrenia.
- (...) quanto à **hereditariedade**, a **OLIGOFRENIA** pode ocorrer em função de caráter recessivo. Desse modo, por exemplo, a oligofrenia fenilpirúvica deve-se a **GEN RECESSIVO**, enquanto a oligofrenia dita idiotia amaurótica familiar de Tay-Sachs deve-se ao caráter dominante. Entretanto não é obrigatório que toda oligofrenia seja hereditária. – **A imbecilidade e a idiotia essenciais, são herdáveis.**
- (...) quanto à **HEREDITARIEDADE** patológica vimos há pouco que, em Genética Clínica, há enfermidades que se devem a **CARÁTER (gen) DOMINANTE** ou então a **CARÁTER RECESSIVO (latente)**. Tais conhecimentos genéticos são de grande importância, pois neles fundamentam-se **MEDIDAS PROFILÁTICAS, PREVENTIVAS.**

A Psicose Maníaco-Depressiva e a Idiotia Amaurótica Familiar afetam o tipo **DOMINANTE**, enquanto que a Esquizofrenia

por exemplo manifesta segundo a forma RECESSIVA.

Se o caráter da patologia é recessivo, latente, há necessidade de que haja uma somatória (ou convergência) de gens recessivos a fim de tal doença exteriorizar-se como tal; se devido a caráter dominante, seu surgimento é muito mais fácil, sua probabilidade é muito mais simples, não havendo pois necessidade de soma de gens dominantes (pois são dominantes e por isso mesmo dominam, imperam de imediato!):

Veja o caso da P.M.D.!

- (...) a **consagüinidade** é uma particularidade da genética; é um aspecto particular da **hereditariedade**. Como mencionada aqui, referimo-nos à **CONSANGÜINIDADE FAMILIAR**, entretanto, em sentido amplo, tem-se a **CONSANGÜINIDADE SOCIAL**; nas uniões contraídas por indivíduos que pertençam à mesmas comunidades e que tenham as mesmas aptidões, tendências patológicas ou defeitos, sendo pois os resultados os mesmos que aqueles da consangüinidade familiar.

Apenas para ilustrar, lembremo-nos da família dos **Césares Romanos**, nas quais as convergências de sangue eram um artifício para manter a fama e o poder. Com **JÚLIO CÉSAR**, o mais conspícuo, epiléptico e perverso sexual, inicia a linhagem patológica, deixando após ele os **Tibérios**, os **Calígulas**, os **Cláudios**, findando lamentavelmente com **NERO**.

## II – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Ao demonstrarmos a representatividade oriunda da pesquisa de campo, mencionamos as manifestações de alguns policiais militares que labutam na rotina do serviço operacional, publicada na BPMCHOQUE EM REVISTA (CRUZ 1998:26), como se vê:

- No âmbito geral, muito desgastante, às vezes chegando até colocar em risco nossas próprias vidas no tocante ao **cansaço físico e mental**, mas necessário, pois é um complemento muito importante na renda familiar, para que possamos levar uma vida mais tranqüila, mesmo que para isso tenhamos que nos privar da convivência familiar quase todo o tempo que nos sobra disponível na PM. (Paulino Mota da Cruz – Cabo PM da Rotam);
- Eu penso que a folga é essencial para evitar o stress, no entanto o PM tem que decidir entre este e a fome. (Edson Pereira dos Santos – Cabo PM da Rotam);
- Com um salário tão baixo somos obrigados a procurar mais outra maneira de conseguir sobreviver, estando disposto a fazer o **bico** para complementar o pouco que ganhamos. (Meirevone – Soldado PMFem do BPMCHOQUE).

## 2 – TABELAS E GRÁFICOS

**TABELA 01**

**UNIVERSO DA AMOSTRA PESQUISADA**

<b>RESPONDENTES</b>	<b>F</b>	<b>X</b>
Policiais militares com menos de 15 anos de serviço	222	86%
Policiais militares com 15 anos ou mais de serviço	36	14%
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

A tabela 01 apresenta o total de 258 policiais militares pesquisados que exercem suas atividades no serviço operacional na região metropolitana da Capital, período noturno, em Rádio Patrulha, Tático Móvel e no trânsito a pé, período diurno, no centro da cidade. Sendo que 86% (oitenta e seis por cento) tem menos de 15 anos de serviço e 14% (quatorze por cento) com 15 anos ou mais de serviço.

GRÁFICO 01

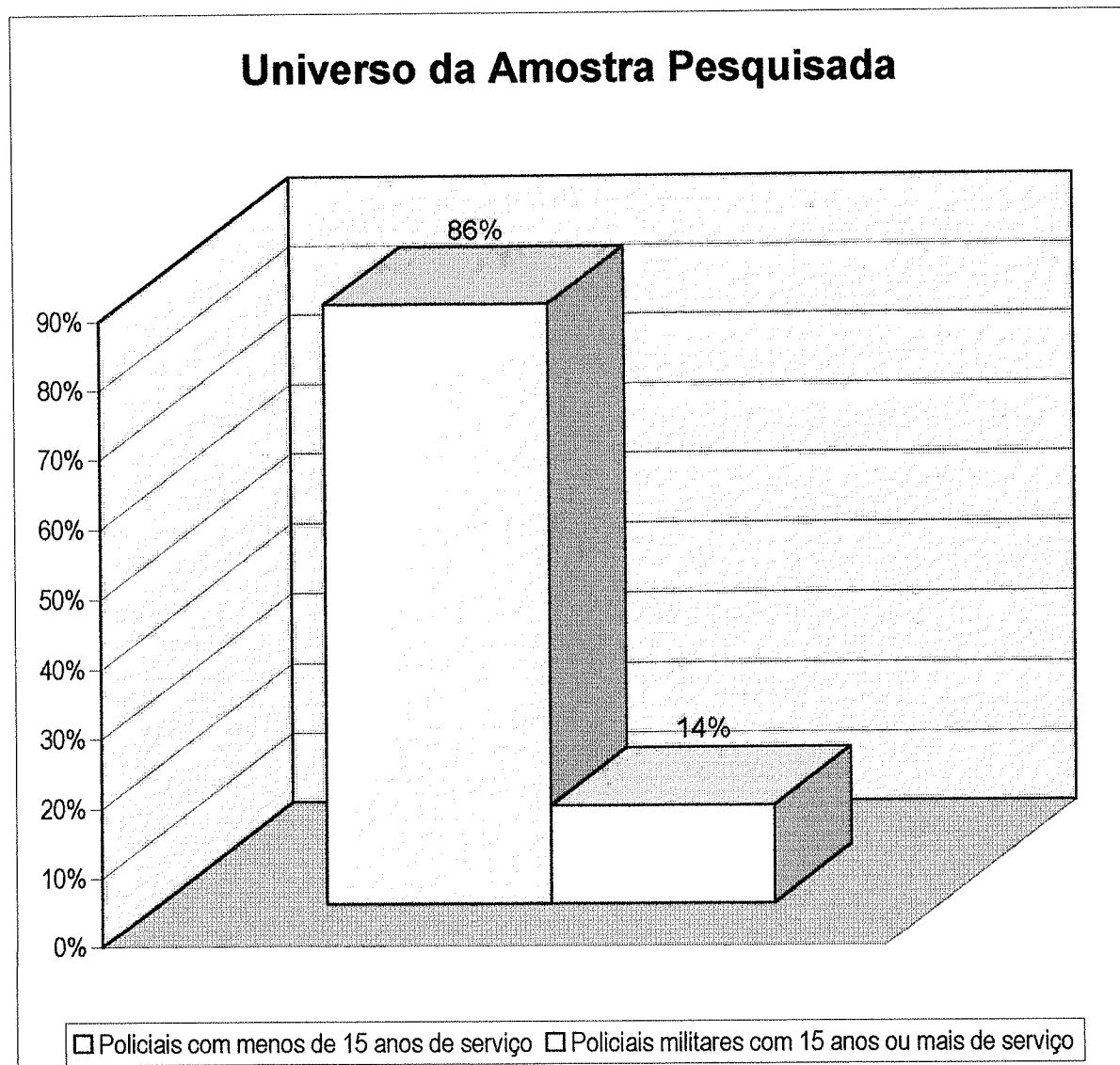


TABELA 02

Atividade policial militar, sob o ponto de vista de desgaste físico, na opinião dos pesquisados com menos de 15 anos de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Totalmente desgastante	39	18%
Muito desgastante	102	46%
Um pouco desgastante	74	33%
Muito pouco desgastante	4	2%
Nenhum pouco desgastante	3	1%
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

A tabela 02 demonstra que 46% (quarenta e seis por cento) entendem que a atividade de policial militar é muito desgastante. Outros 18% (dezoito por cento) acham que é uma atividade totalmente desgastante. 33% (trinta e três por cento) entendem que a atividade de militar é um pouco desgastante. 2% (dois por cento) acham muito pouco desgastante. Os restantes, 1% (um por cento) acham-na nenhum pouco desgastante. O desgaste físico em grande proporção é percebido por uma boa parcela, ou seja, 64% (sessenta e quatro por cento), enquanto 33% (trinta e três por cento) acham-no um pouco desgastante.

GRÁFICO 02

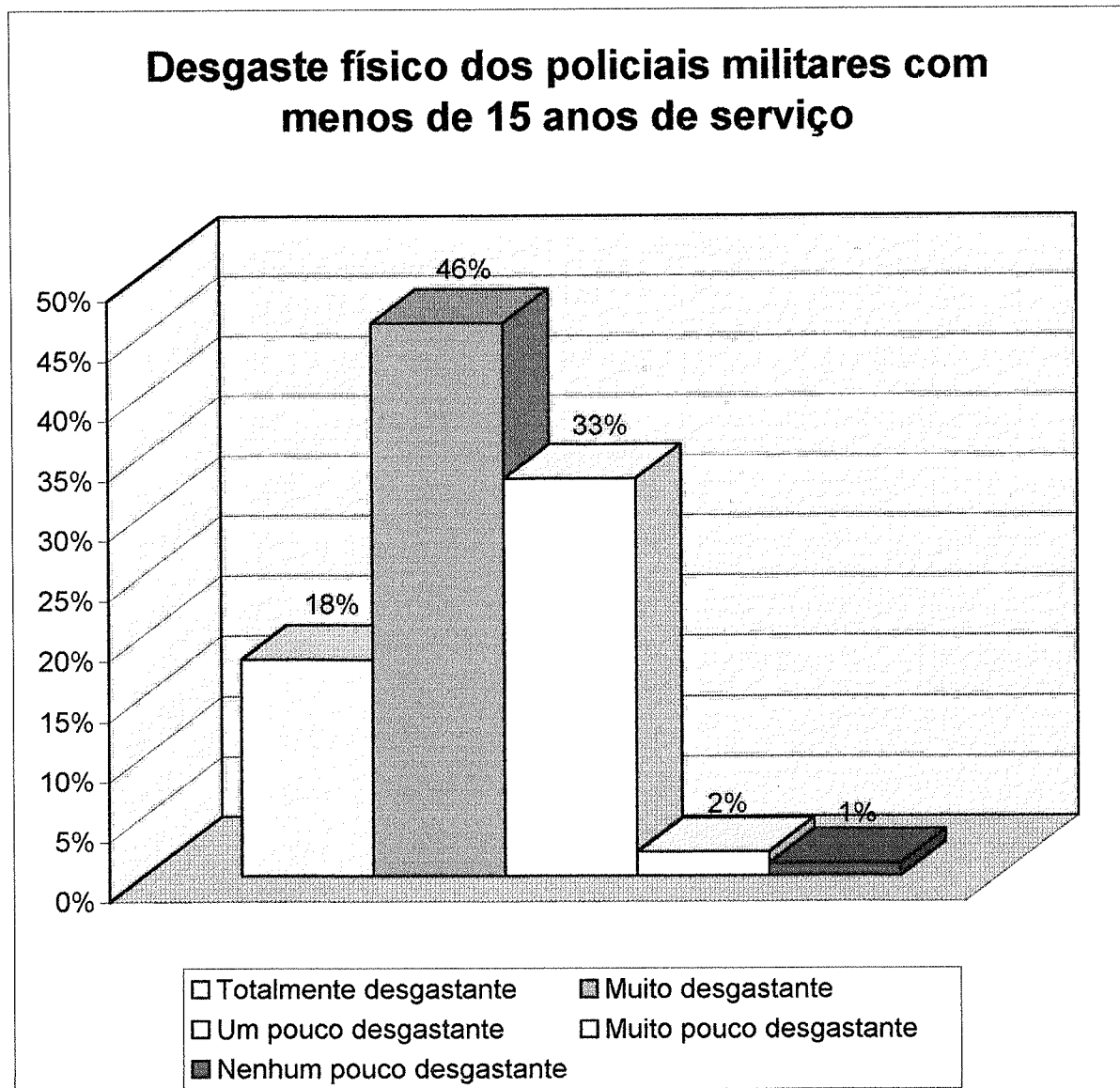


TABELA 03

Atividade policial militar, sob o ponto de vista de desgaste físico, na opinião dos pesquisados com 15 anos ou mais de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Totalmente desgastante	12	33%
Muito desgastante	16	44%
Um pouco desgastante	6	17%
Muito pouco desgastante	1	3%
Nenhum pouco desgastante	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Verifica-se a partir da tabela 03 que 44% (quarenta e quatro por cento) entendem que a atividade policial militar é muito desgastante, 33% (trinta e três por cento) acham que é uma atividade totalmente desgastante. 17% (dezessete por cento) acham-na um pouco desgastante. Do restante 3% (três por cento) vêem-na como uma atividade muito pouco desgastante e, 3% (três por cento) como uma atividade nenhum pouco desgastante. O desgaste físico em grande proporção é percebido por uma boa parcela, ou seja, 77% (setenta e sete por cento). Enquanto 17 (dezessete por cento) acham-no um pouco desgastante.

GRÁFICO 03

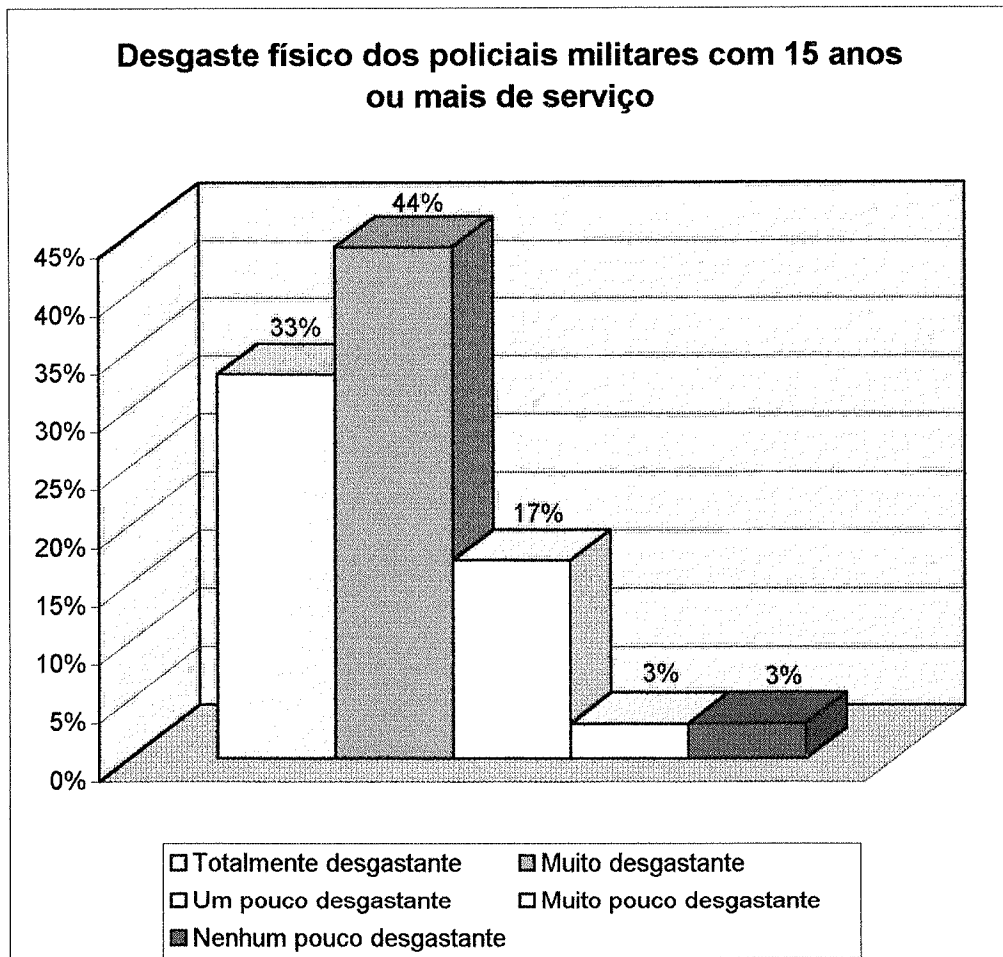


TABELA 04

Atividade policial militar, sob o ponto de vista de desgaste mental, na opinião dos pesquisados com menos de 15 anos de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Totalmente desgastante	58	26%
Muito desgastante	100	45%
Um pouco desgastante	52	23%
Muito pouco desgastante	6	3%
Nenhum pouco desgastante	6	3%
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Verifica-se a partir da tabela 04 que 45% (quarenta e cinco por cento) entendem que a atividade policial militar é muito desgastante, 26% (vinte e seis por cento) acham que é uma atividade totalmente desgastante. Outros 23% (vinte e três por cento) acham-na um pouco desgastante. Do restante 3% (três por cento) consideram-na muito pouco desgastante e, 3% (três por cento) como uma atividade nenhum pouco desgastante. O desgaste mental em grande proporção é percebido por uma boa parcela, ou seja, 71% (setenta e um por cento) enquanto 23% (vinte e três por cento) acham-no um pouco desgastante.

GRÁFICO 04

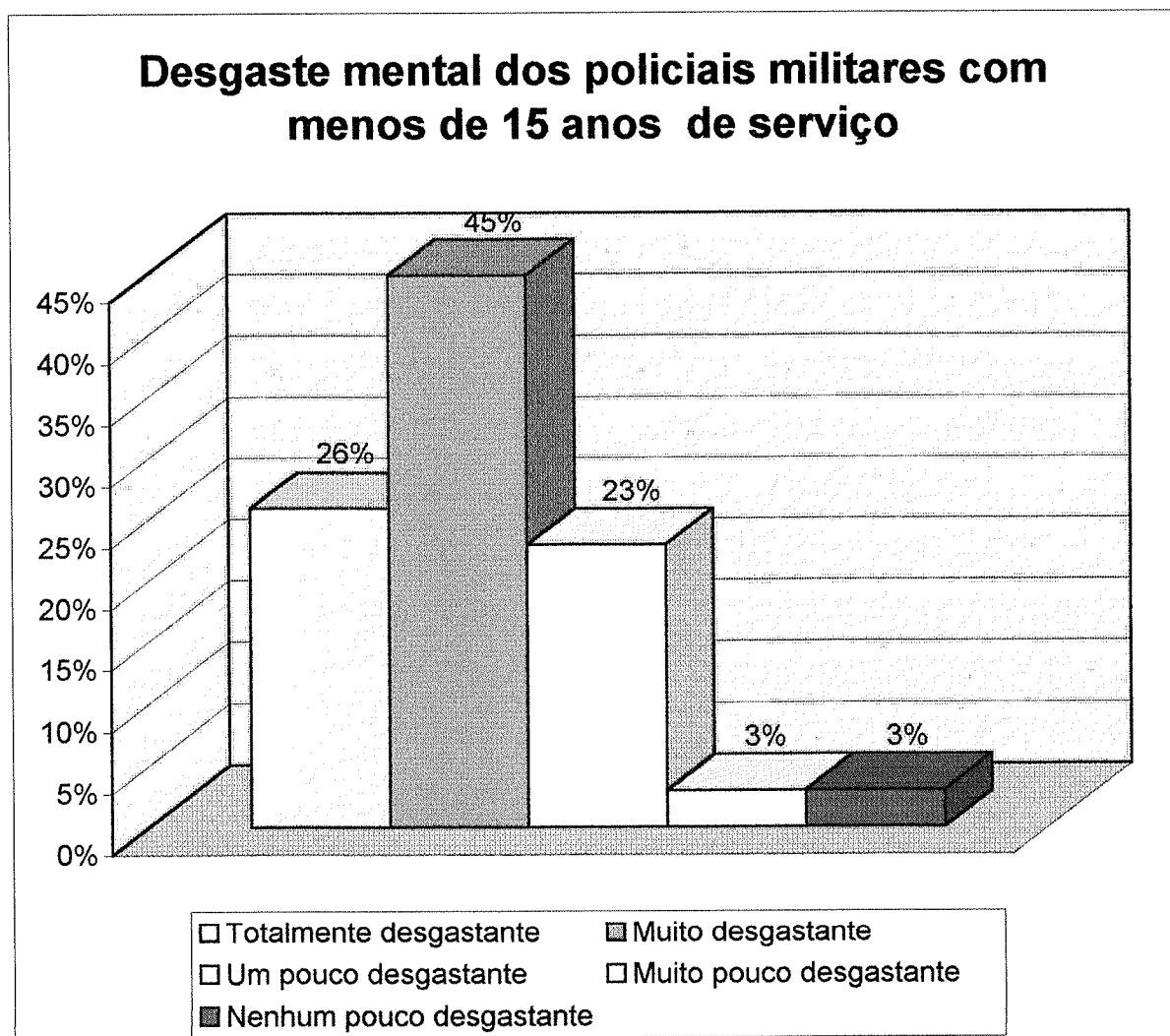


TABELA 05

Atividade policial militar, sob o ponto de vista de desgaste mental, na opinião dos pesquisados com 15 anos ou mais de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Totalmente desgastante	11	31%
Muito desgastante	18	49%
Um pouco desgastante	6	17%
Muito pouco desgastante	0	0%
Nenhum pouco desgastante	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

A tabela 05 demonstra que 49% (quarenta e nove por cento) consideram a atividade policial militar como muito desgastante, 31% (trinta e um por cento) consideram-na como totalmente desgastante. 17% (dezessete por cento) consideram-na um pouco desgastante e 3% (três por cento) como nenhum pouco desgastante. O desgaste mental em grande proporção é percebido por uma boa parcela, ou seja, 80% (oitenta por cento) enquanto 17 (dezessete por cento) acham-no um pouco desgastante.

GRÁFICO 05

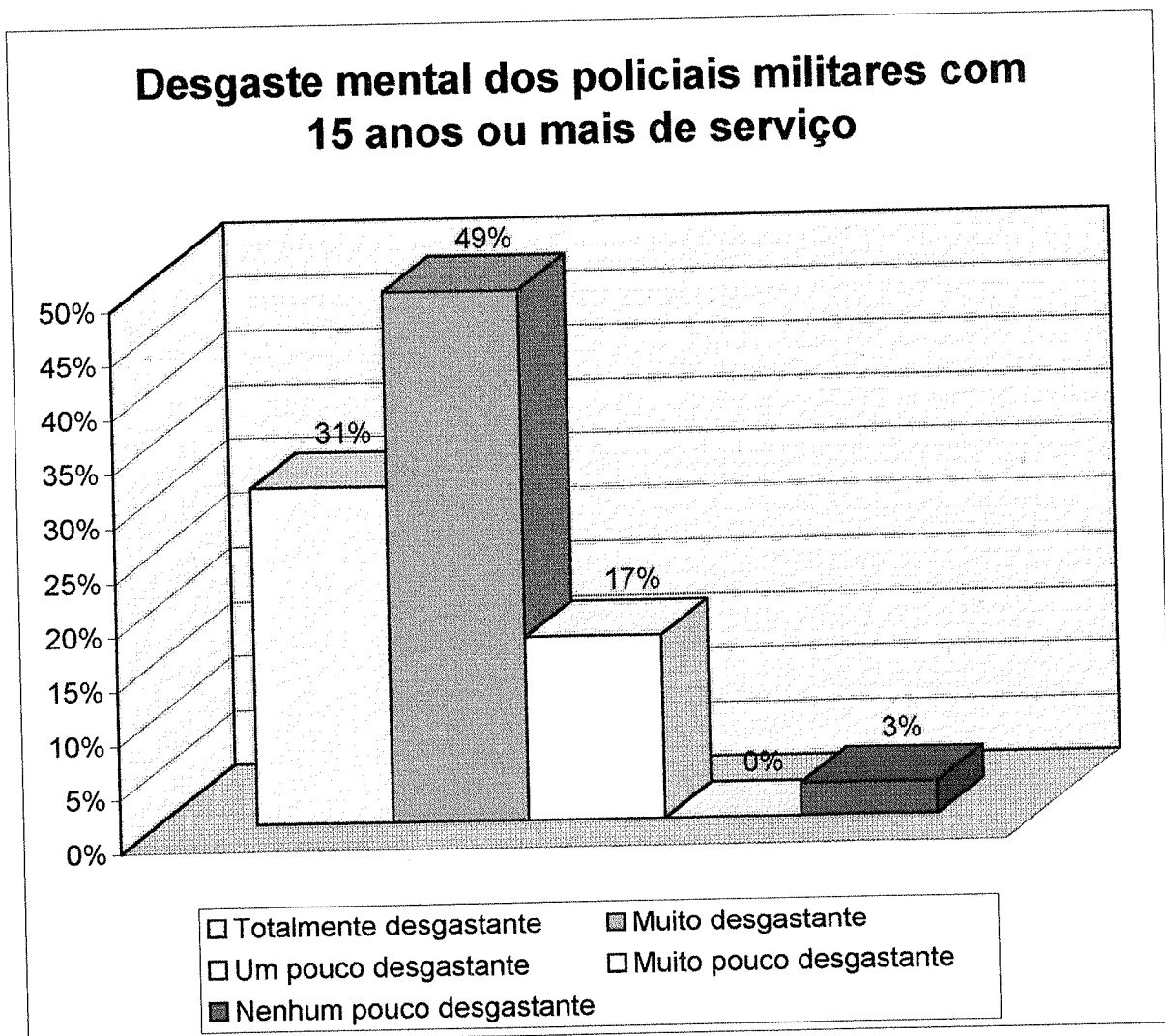


TABELA 06

Quantidade de carga-horária de serviço semanal, na opinião dos policiais militares com menos de 15 anos de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Muito alta	79	36%
Um pouco alta	136	61%
Um pouco baixa	6	3%
Muito baixa	1	0%
Extremamente baixa	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

A tabela 06 observa-se que 61% (sessenta e um por cento) consideram a carga-horária semanal de trabalho como um pouco alta. 36% (trinta e seis por cento) consideram muito alta e os 3% (três por cento) restantes consideram-na um pouco baixa. Somente um (1) pesquisado a considera muito baixa o que percentualmente significa 0,45% (zero, quarenta e cinco por cento), e ao ser arredondado não importa sua representação nesta tabela. Nenhum dos pesquisados considerou a carga-horária como extremamente baixa. A predominância é dos que consideram a carga-horária como de um pouco alta a muito alta, perfazendo 97% (noventa e sete por cento).

GRÁFICO 06

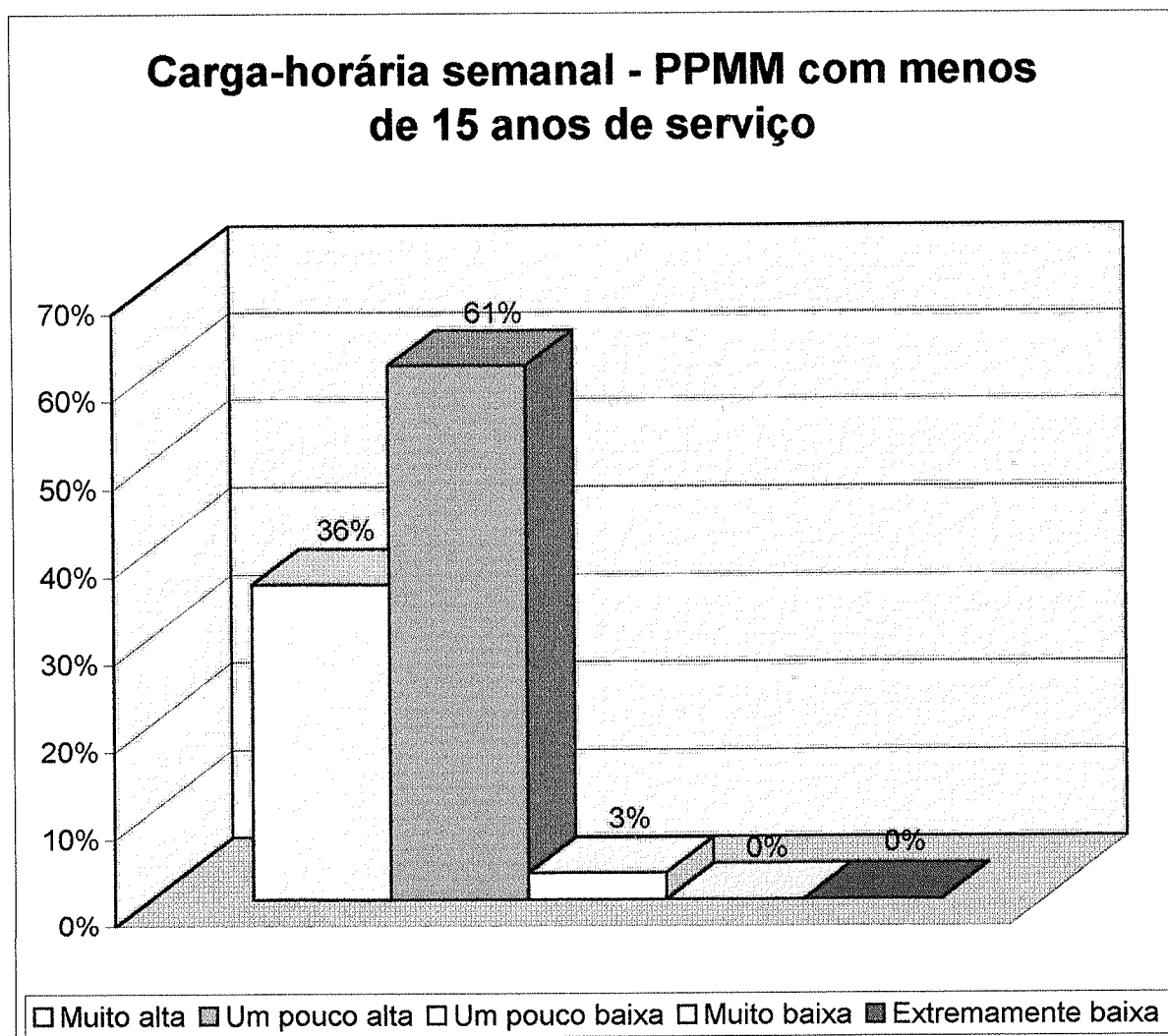


TABELA 07

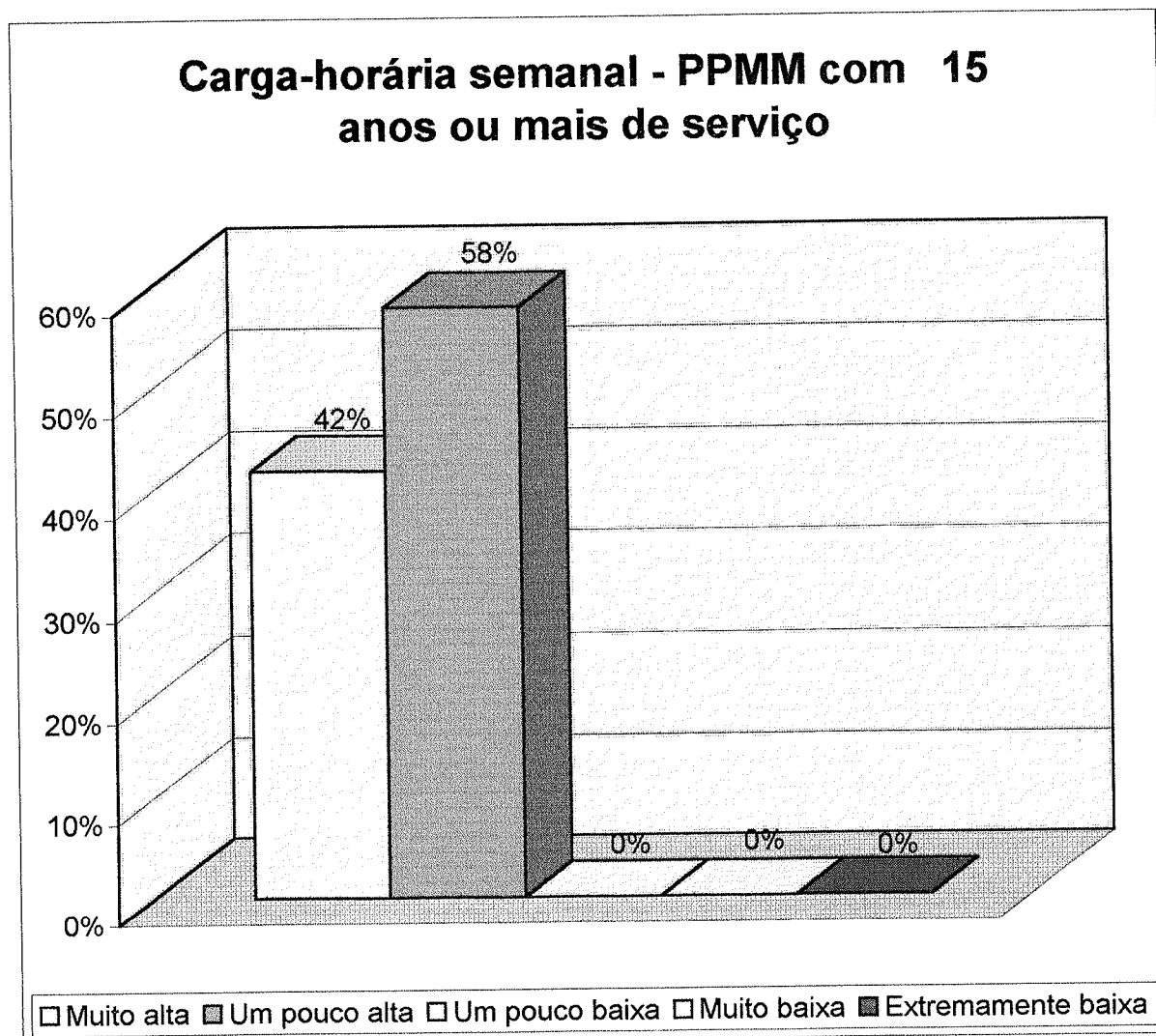
Quantidade de carga-horária de serviço semanal, na opinião dos policiais militares com 15 anos ou mais de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Muito alta	15	42%
Um pouco alta	21	58%
Um pouco baixa	0	0%
Muito baixa	0	0%
Extremamente baixa	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Pela tabela 07 observa-se que 58% (cinquenta e oito por cento) consideram a carga-horária de trabalho semanal um pouco alta. Os restantes 42% (quarenta e dois por cento) consideram-na muito alta. Nenhum dos pesquisados consideram-na um pouco baixa, muito baixa ou extremamente baixa. A carga-horária semanal considerada como pouco alta a muito alta perfaz os 100% (cem por cento).

GRÁFICO 07



**TABELA 08**

Tempo de DESCANSO após cada serviço, na opinião dos policiais militares com menos de 15 anos de serviço.

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>X</b>
Totalmente respeitado	12	5%
Muito Respeitado	17	8%
Um pouco respeitado	110	49%
Muito desrespeitado	55	25%
Totalmente desrespeitado	28	13%
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Na tabela 08 observa-se que 49% (quarenta e nove por cento) dos pesquisados consideram que o tempo de descanso após cada serviço é um pouco desreipeitado. 25% (vinte e cinco por cento) consideram muito desrespeitado. 13% (treze por cento) totalmente desrespeitado. Outros 8% (oito por cento) consideram muito respeitado e 5% (cinco por cento) totalmente respeitado. Prevalecendo o percentual maior de 74% (setenta e quatro por cento) pelo desrespeito ao DESCANSO após cada serviço.

GRÁFICO 08

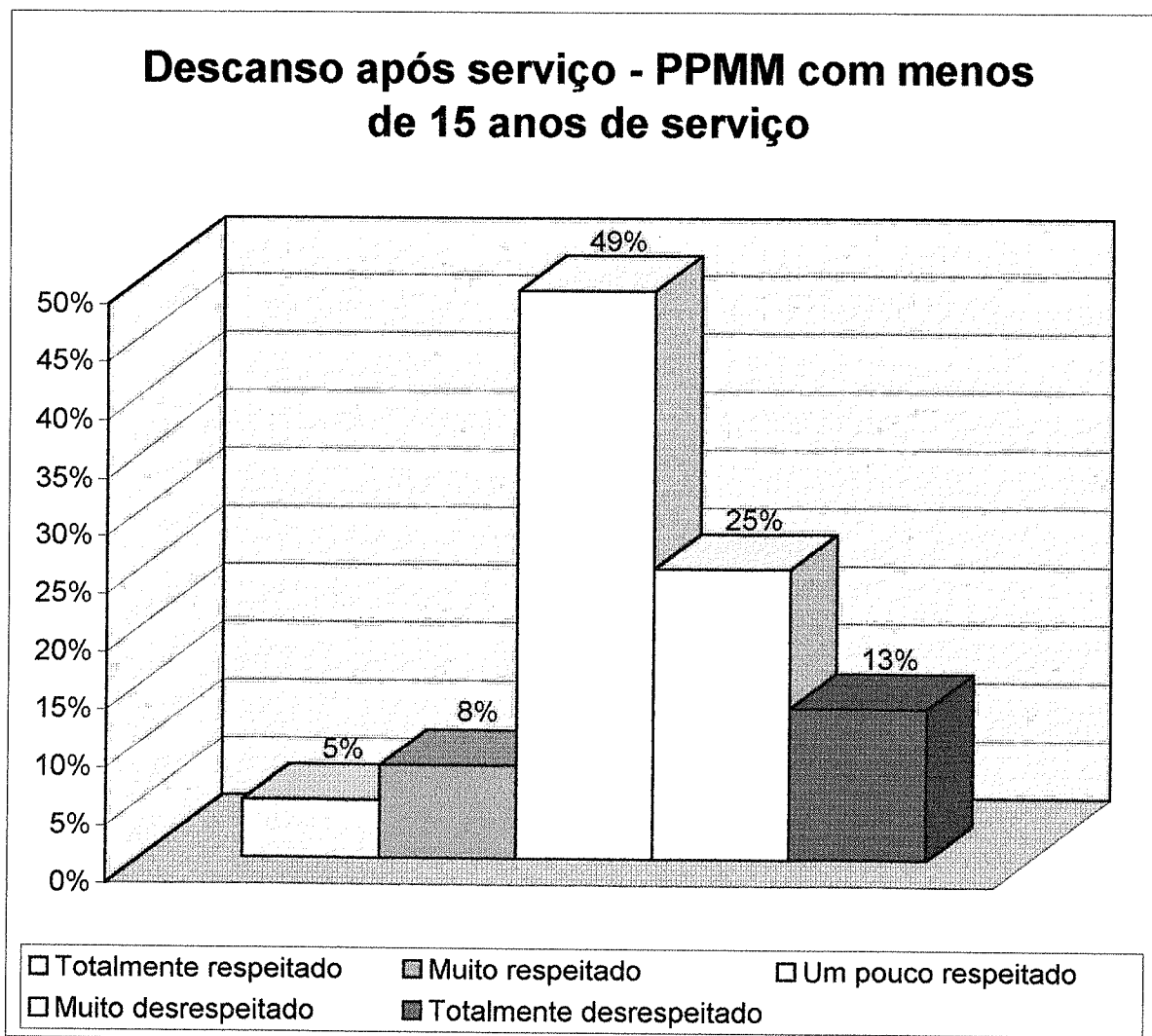


TABELA 09

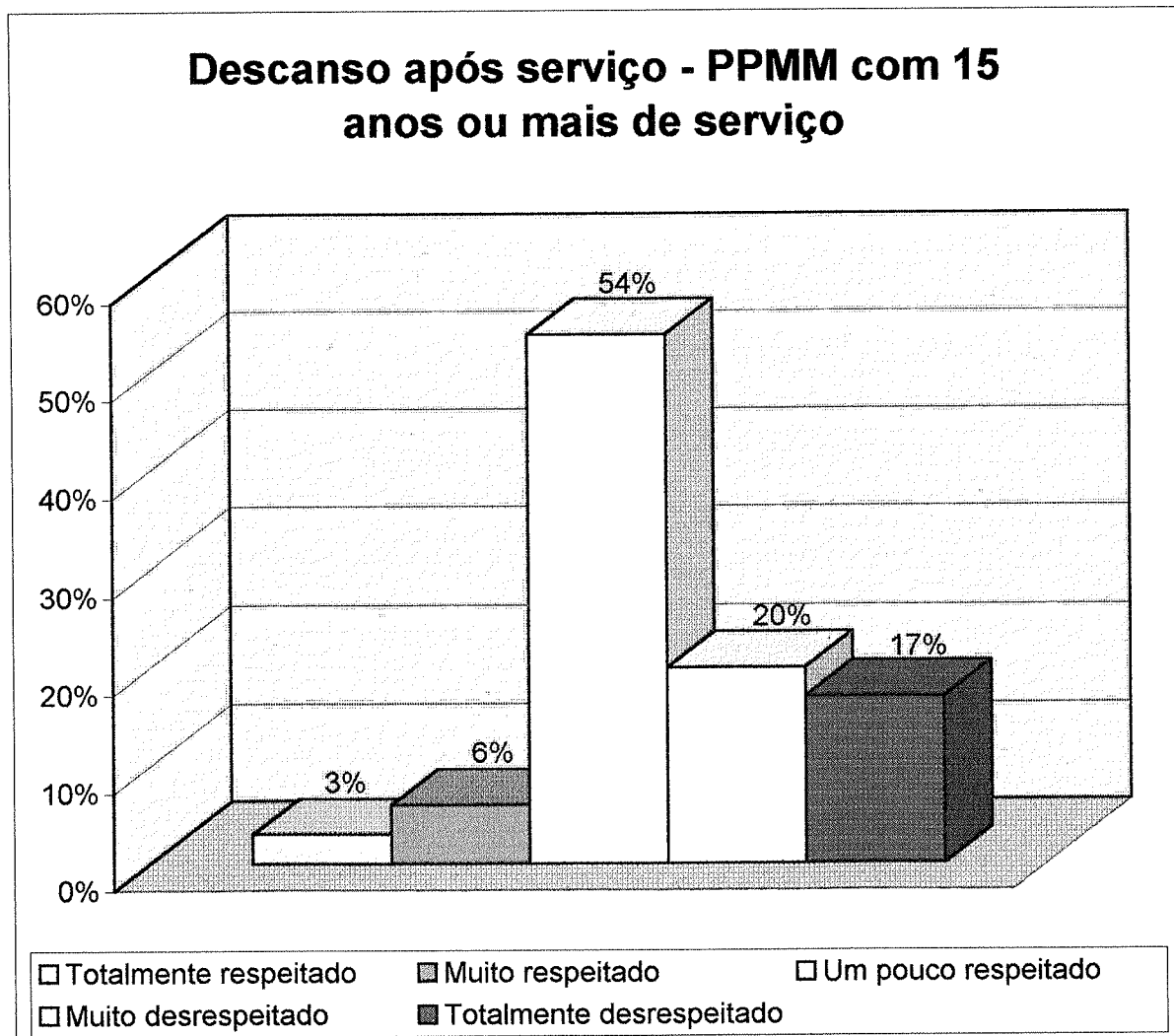
Tempo de DESCANSO após cada serviço, na opinião dos policiais militares com 15 anos ou mais de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Totalmente respeitado	1	3%
Muito Respeitado	2	6%
Um pouco respeitado	20	54%
Muito desrespeitado	7	20%
Totalmente desrespeitado	6	17%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Constata-se na tabela 09 que 54% (cinquenta e quatro por cento) dos pesquisados consideram que o tempo de descanso após cada serviço é um pouco desrespeitado. 20% (vinte por cento) consideram muito desrespeitado. Outros 17% (dezessete por cento) totalmente desrespeitado. Os restantes 6% (seis por cento) consideram muito respeitado e 3 % (três por cento) o consideram totalmente respeitado. Prevalecendo o percentual maior de 74% (setenta e quatro por cento) pelo desrespeito ao DESCANSO após cada serviço.

GRÁFICO 09



---

**TABELA 10**


---

Tempo destinado a FOLGA entre cada descanso e o próximo serviço na opinião dos Policiais Militares com menos de 15 anos de serviço.

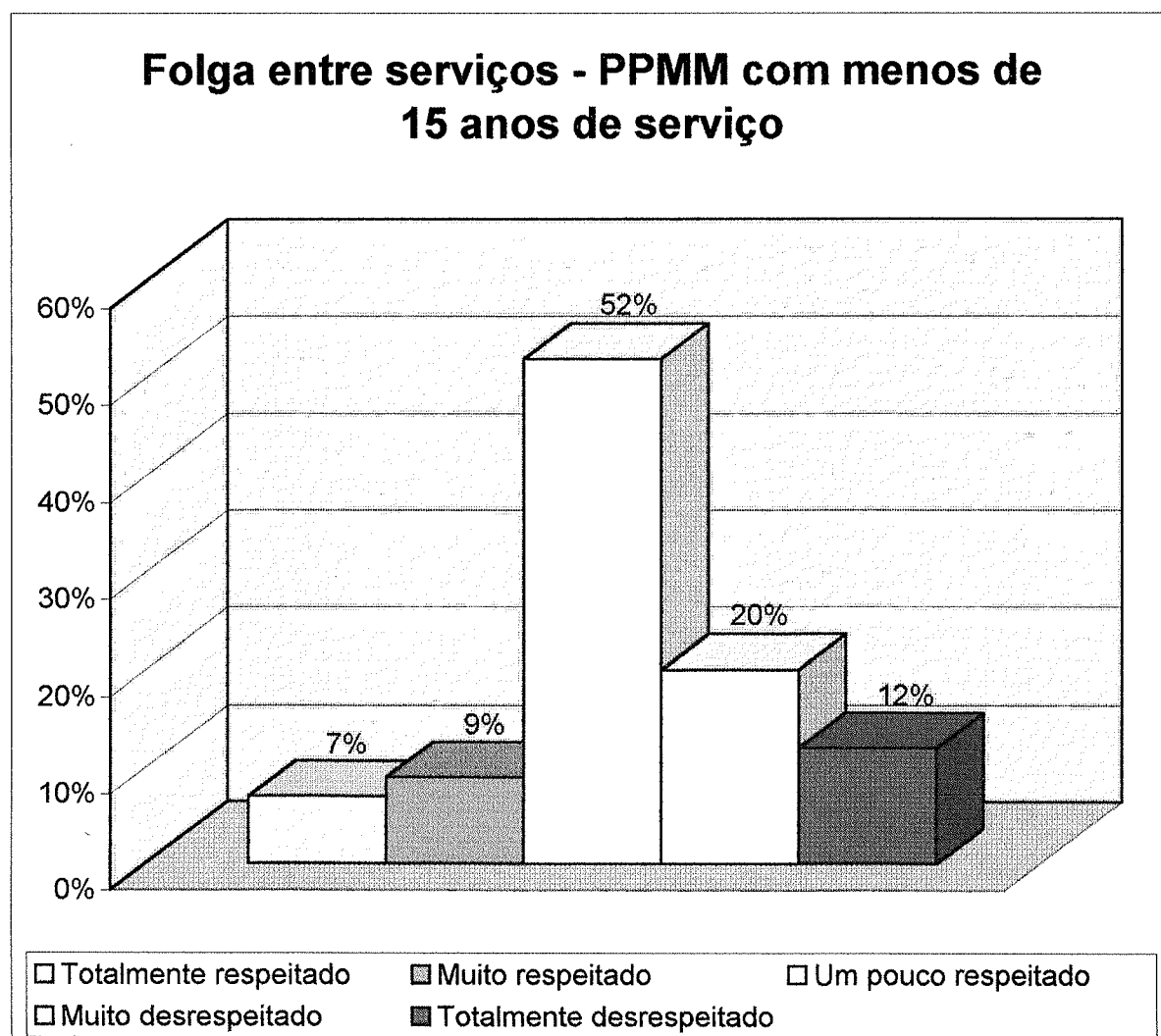
<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>X</b>
Totalmente respeitado	16	7%
Muito Respeitado	19	9%
Um pouco respeitado	116	52%
Muito desrespeitado	45	20%
Totalmente desrespeitado	26	12%
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Depreende-se da tabela 10 que 52% (cinquenta e dois por cento) consideram que o tempo de folga é um pouco desreipeitado. 20% (vinte por cento) consideram muito desrespeitado e outros 12% (doze por cento) totalmente desrespeitado. Do restante 9% (nove por cento) consideram o tempo de folga muito respeitado e 7 % (sete por cento) consideram totalmente respeitado. Prevalecendo um percentual maior, ou seja 72% (setenta e dois por cento) pelo desrespeito a folga entre serviços.

---

GRÁFICO 10



**TABELA 11**

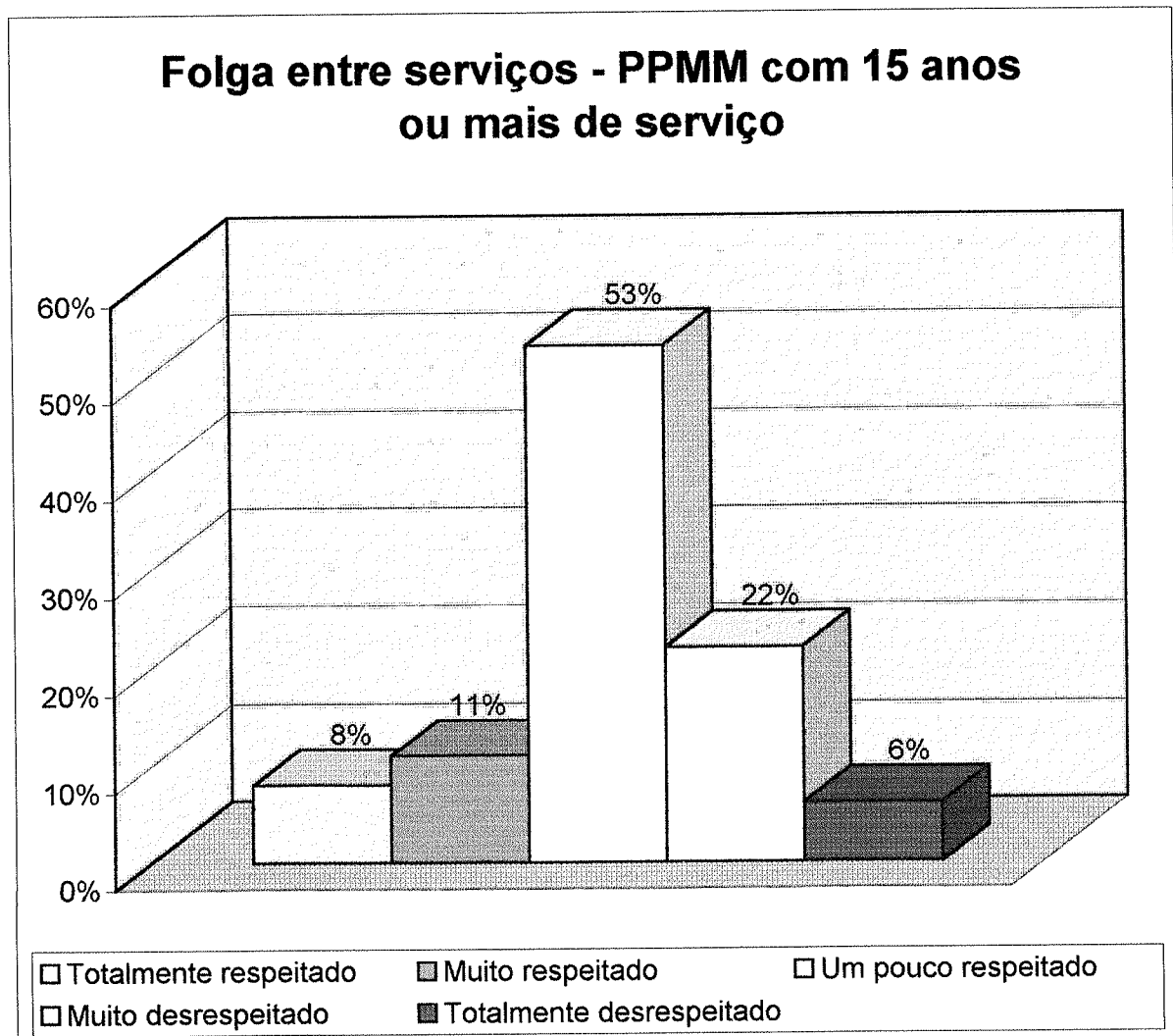
Tempo destinado a FOLGA entre cada descanso e o próximo serviço na opinião dos Policiais Militares com 15 anos ou mais de serviço

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>X</b>
Totalmente respeitado	3	8%
Muito Respeitado	4	11%
Um pouco respeitado	19	53%
Muito desrespeitado	8	22%
Totalmente desrespeitado	2	6%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Constata-se na tabela 11 que 53% (cinquenta e três por cento) consideram que o tempo de folga é um pouco desrespeitado. 22% (vinte e dois por cento) consideram muito desrespeitado. 6% (seis por cento) totalmente desrespeitado. Do restante 11% (onze por cento) consideram muito respeitado e 8 % (oito por cento) consideram totalmente respeitado. Prevalece um percentual maior, ou seja, 75% (setenta e cinco por cento) pelo desrespeito à folga entre serviços.

GRÁFICO 11



**TABELA 12**

Repressão e/ou deslocamento dos sentimentos de raiva e indignação, na opinião dos Policiais Militares com menos de 15 anos de serviço.

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>X</b>
Contra pares e/ou subordinados	4	2%
Contra a família	11	5%
Na bebida	12	5%
Nas pessoas no transcorrer do serviço	22	10%
Repressão dos sentimentos	173	78%
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

A tabela 12 mostra que 78% (setenta e oito por cento) reprime suas mágoas e emoções. É nessa fase que o indivíduo fica calado para não desabafar. Mas, chega um tempo em que o esgotamento mental será tanto e tanta será a perturbação e a perseguição, que o ser humano chega ao limite de sua resistência. O cérebro, o corpo, o sistema nervoso explodem. Aqueles que tem dificuldade em se expressar, a exemplo dos estressados, tendem a explodir nos momentos de tensão, mas acabam fazendo um esforço para ser gentis e educados – explica a psicóloga Marilda Lipp (p.96). A transferência da raiva e indignação é feita para os cidadãos que eles encontram na situação de polícia em 10% (dez por cento) dos pesquisados. A revolta é descarregada para sua família em 5% (cinco por cento). Os outros 5% (cinco por cento) magoados, procuram a solução na bebida. Os restantes, 2% (dois por cento) dão vazão à irritabilidade contra os pares e subordinados.

GRÁFICO 12

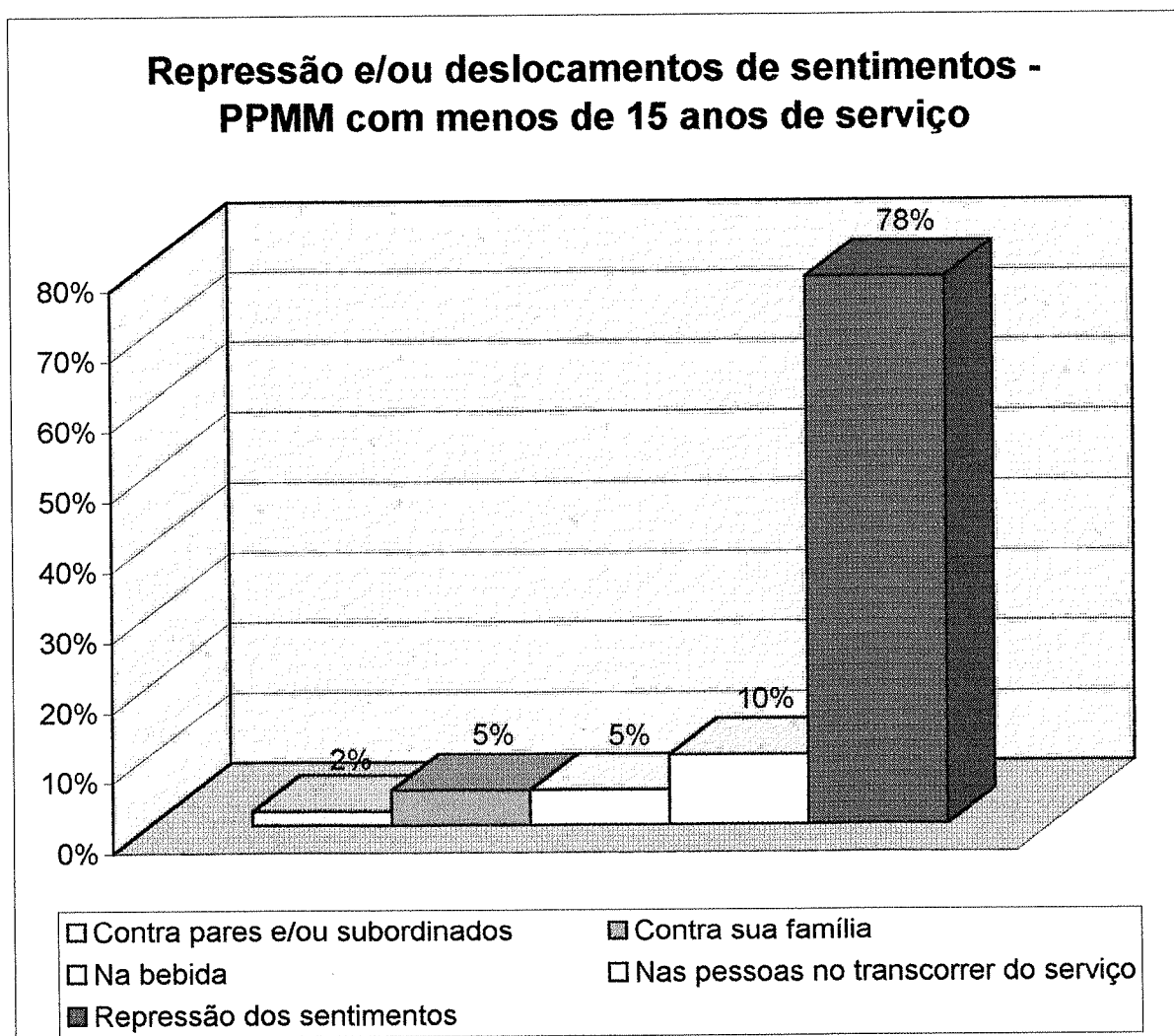


TABELA 13

Repressão e/ou deslocamento dos sentimentos de raiva e indignação, na opinião dos Policiais Militares 15 anos ou mais de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Contra pares e/ou subordinados	0	0%
Contra a família	1	3%
Na bebida	1	3%
Nas pessoas no transcorrer do serviço	2	6%
Repressão dos sentimentos	32	88%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

A tabela 13 demonstra que 88% (oitenta e oito por cento) reprime as suas mágoas e emoções. O deslocamento surge em 12% (doze por cento), dos quais 6% (seis por cento) extravasam sua raiva e indignação no cidadão, quando do atendimento de alguma ocorrência. 3% (três por cento) realizam o deslocamento de sua revolta para o ambiente familiar. Os restantes 3% (três por cento) dão vazão à sua irritabilidade na bebida. Nenhum pesquisado descarregou suas tensões em seus pares e/ou subordinados.

GRÁFICO 13

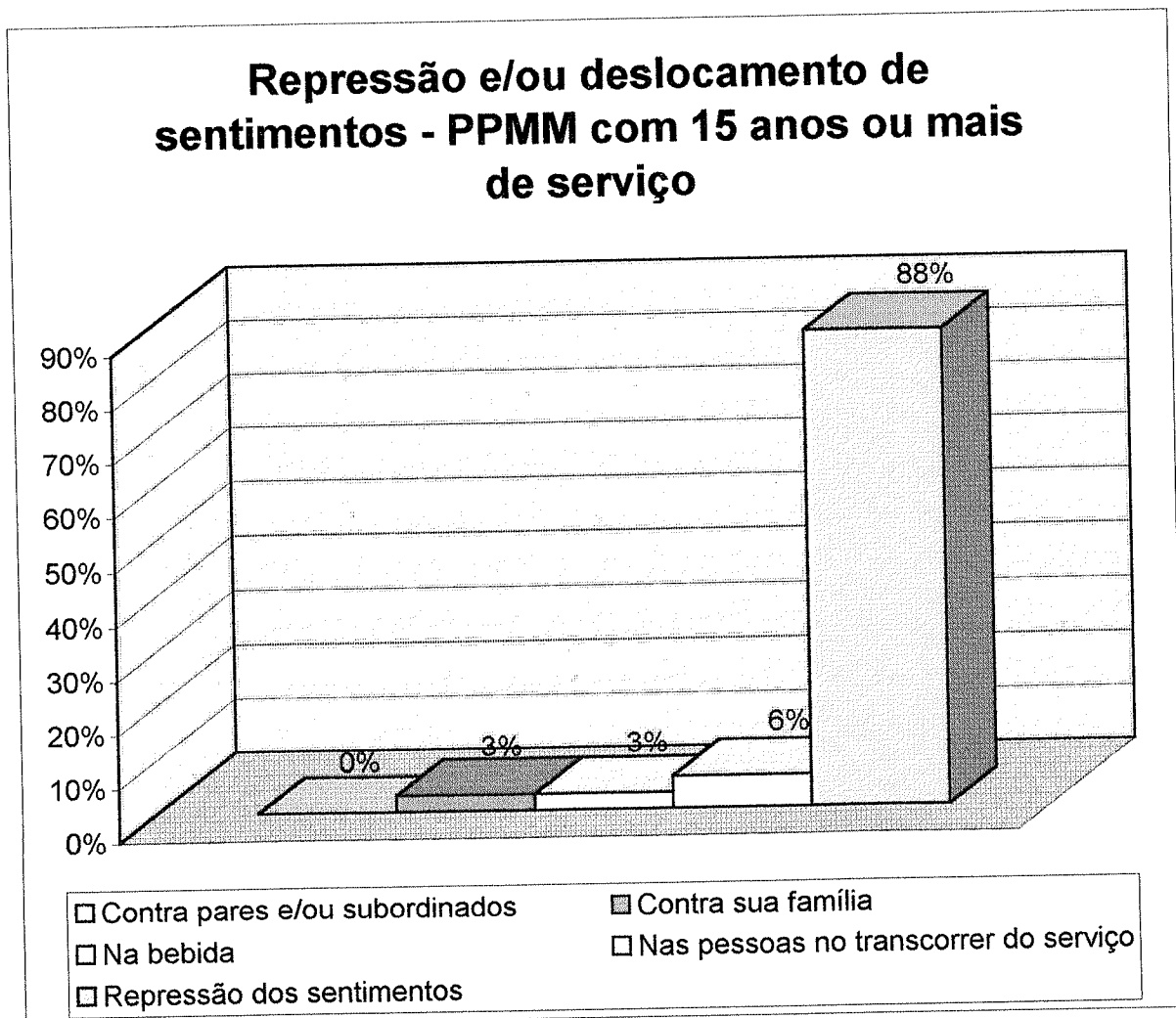


TABELA 14

Preparação psicológica no Curso de Formação, para enfrentar a realidade do serviço operacional, opinião dos Policiais Militares com menos de 15 anos de serviço.

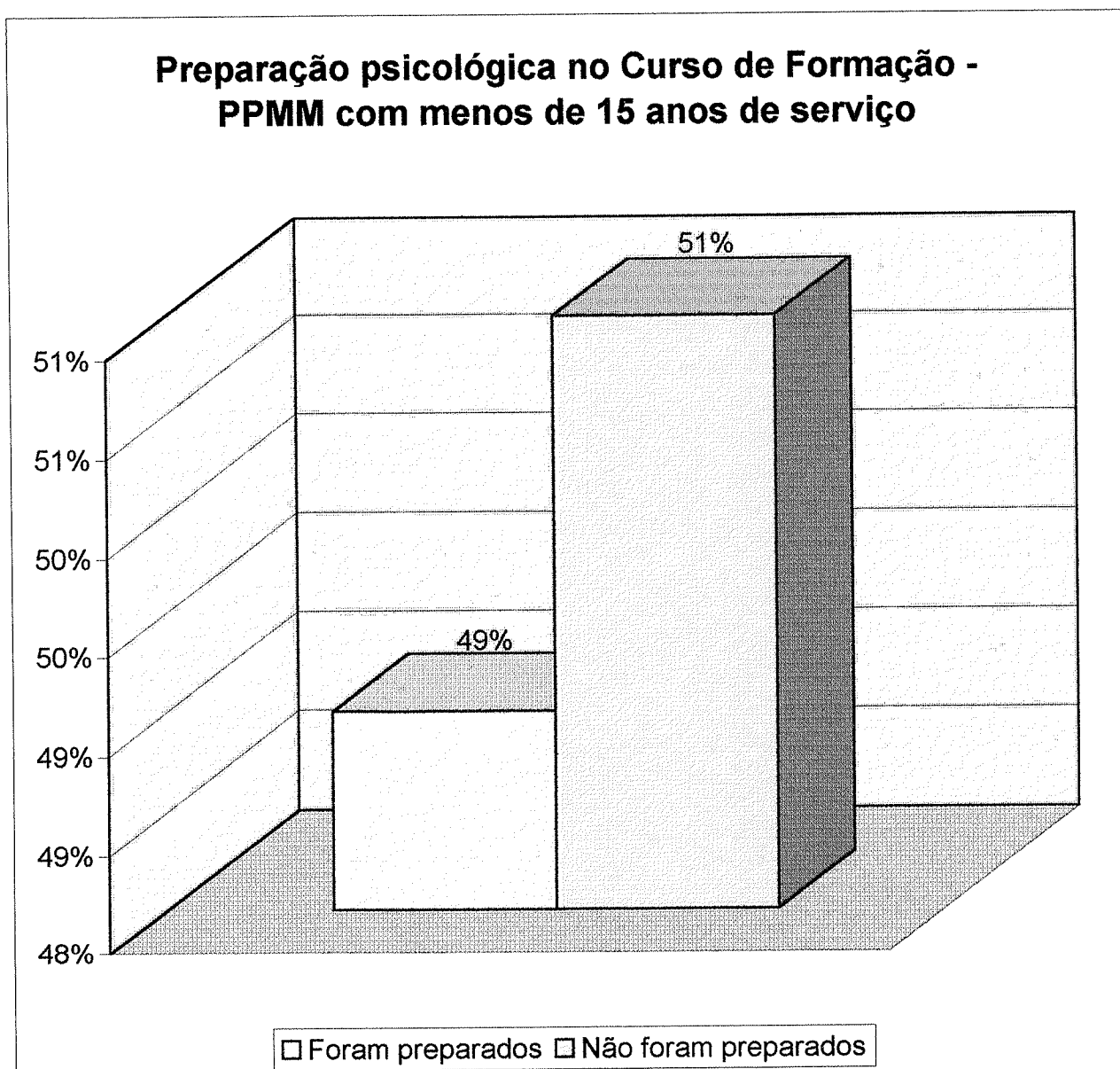
ALTERNATIVAS	F	X
Foram preparados	108	49%
Não foram preparados	114	51%
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Dos pesquisados, 51% (cinquenta e um por cento) responderam que não foram preparados psicologicamente para enfrentar o dia-a-dia da Polícia, como correr risco de vida, perda dos amigos policiais em enfrentamento com bandido, cenas como cadáveres ou vítimas de acidentes em sofrimento etc. Outros 49% (quarenta e nove por cento) entendem que foram preparados para o trabalho real de polícia.

Verifica-se que os índices dos que estão preparados, para os que não estão, são pequenos. O fato pode ser justificado consoante estudos realizados pelo psicólogo e Capitão da PMSP, Martins Ribeiro (RIBEIRO, 1993: 13 E 16) que constatou “ser comum no meio dos colegas de farda, ao referirem a alguém com problemas emocionais, como sendo uma ‘pessoa fraca’ e até para o PM, isso seria o mesmo que admitir sua incapacidade, o que não é próprio do ‘macho’. Para a maioria, o homem não pode demonstrar os seus problemas emocionais, isso é coisa para homossexual.”

GRÁFICO 14



**TABELA 15**

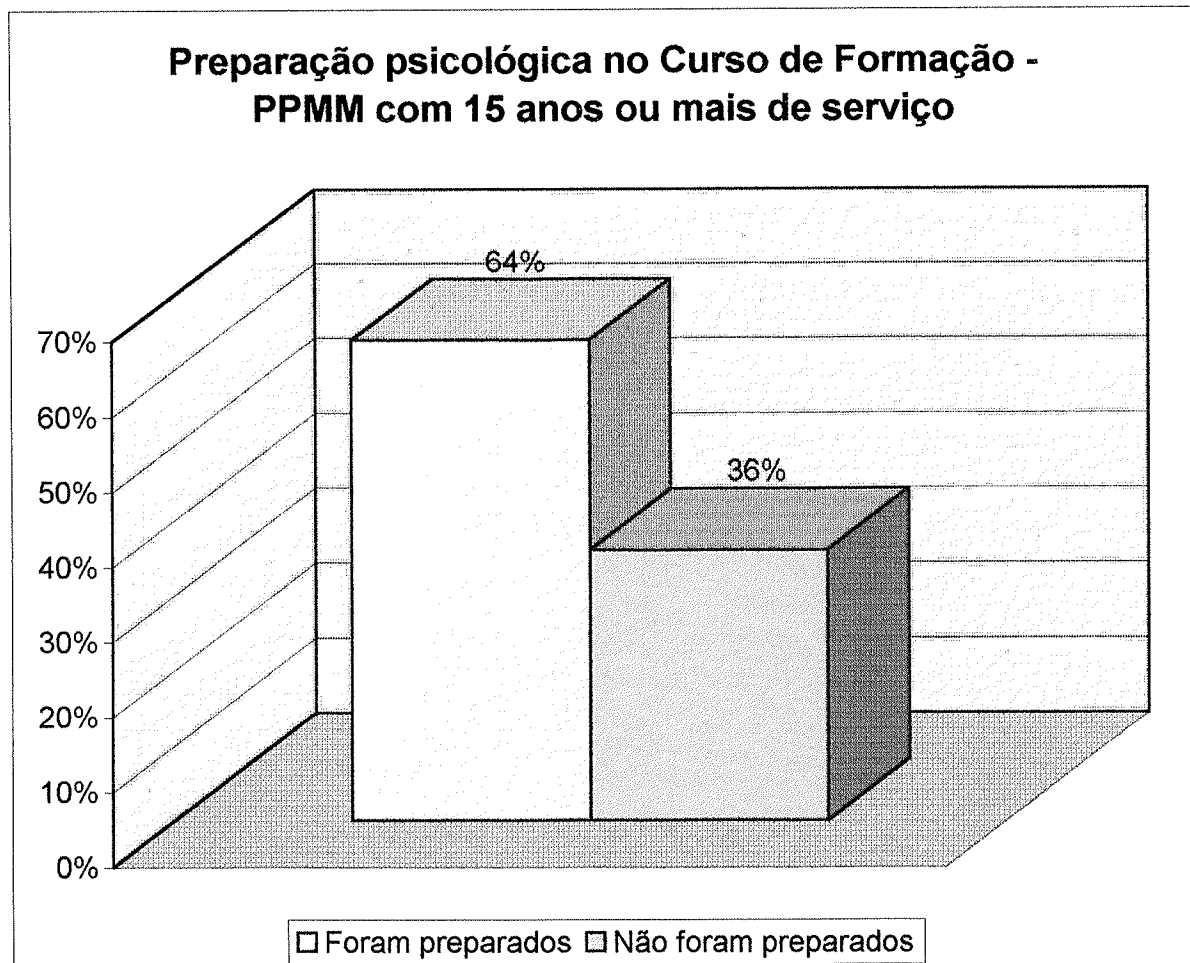
Preparação psicológica no Curso de Formação, para enfrentar a realidade do serviço operacional, opinião dos Policiais Militares com 15 anos ou mais de serviço.

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>X</b>
Foram preparados	23	64%
Não foram preparados	13	36%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Dos pesquisados, 64% (sessenta e quatro por cento) responderam que foram preparados psicologicamente para enfrentar o dia-a-dia da Polícia, como correr risco de vida, encontro de cadáver, confronto com bandidos em que colegas são mortos etc. Outros 36% (trinta e seis por cento) entendem que foram preparados mas acostumaram com tais fatos ao longo da vida profissional e somente na prática aprenderam a lidar com tais situações, pois mesmo que a escola lhes ensinasse diversas coisas, outras tantas não seriam aprendidas, pois variadas e muitas são as ocorrências do dia-a-dia.

GRÁFICO 15



**TABELA 16**

Preocupações que perturbam os Policiais Militares com menos de 15 anos de serviço.

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>X</b>
Salário baixo	46	21%
Hierarquia rígida	59	26%
Insegurança	78	35%
Insatisfação/indignação	31	14%
Não responderam	8	4%
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Para 35% (trinta e cinco por cento) dos pesquisados, a insegurança é o que mais os preocupam, nela compreendendo a marginalidade crescente; armamento, munição e viaturas inadequadas e insuficientes; polícia que não lidera a sociedade; comunidade descontente; falta de apoio do superior ao subordinado no serviço executado (valorização do PM – muita contra-ordem) e apadrinhagem exagerada. 26% (vinte e seis por cento) reclamam da hierarquia rígida (boçalidade), nela compreende também a relação interpessoal mínima, pouco companheirismo até entre pares, não havendo união e entrosamento entre todos. 21% (vinte e um por cento) estão preocupados com o salário baixo que não é suficiente para suprir de meios e manter a sua família, o que os obriga a realizar outros pequenos serviços pa título de complemento salarial, tornando-o extremamente fatigado. Os outros 14% (quatorze por cento) estão insatisfeitos pelos serviços que têm executado (extras atípicos – ex.: obras) e indignados pelos descontos desnecessários nos vencimentos, pela falda de moradia digna, vestuário, escola e saúde para a família, falta de lazer etc. Os restantes 4% (quatro por cento) não responderam.

GRÁFICO 16

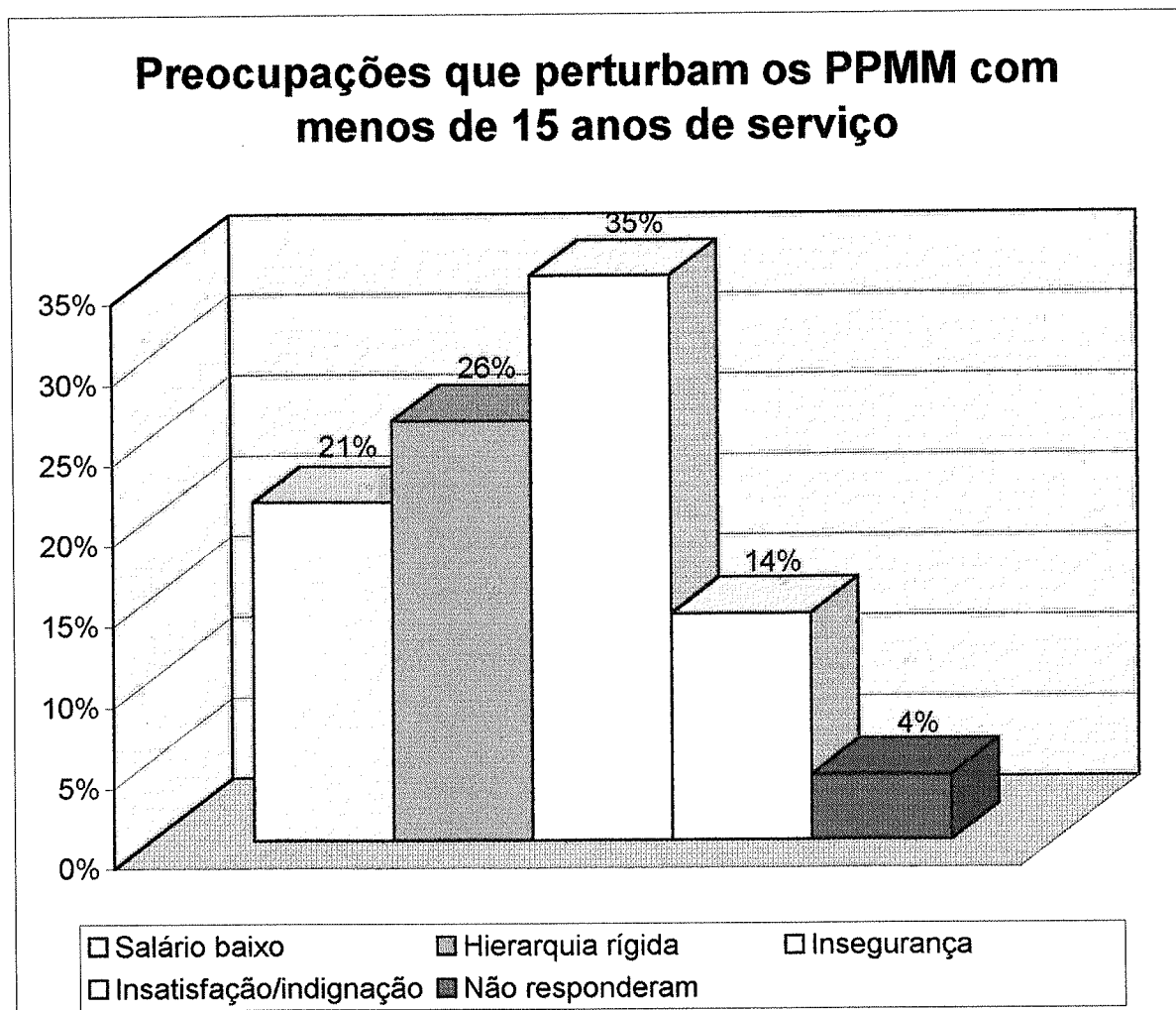


TABELA 17

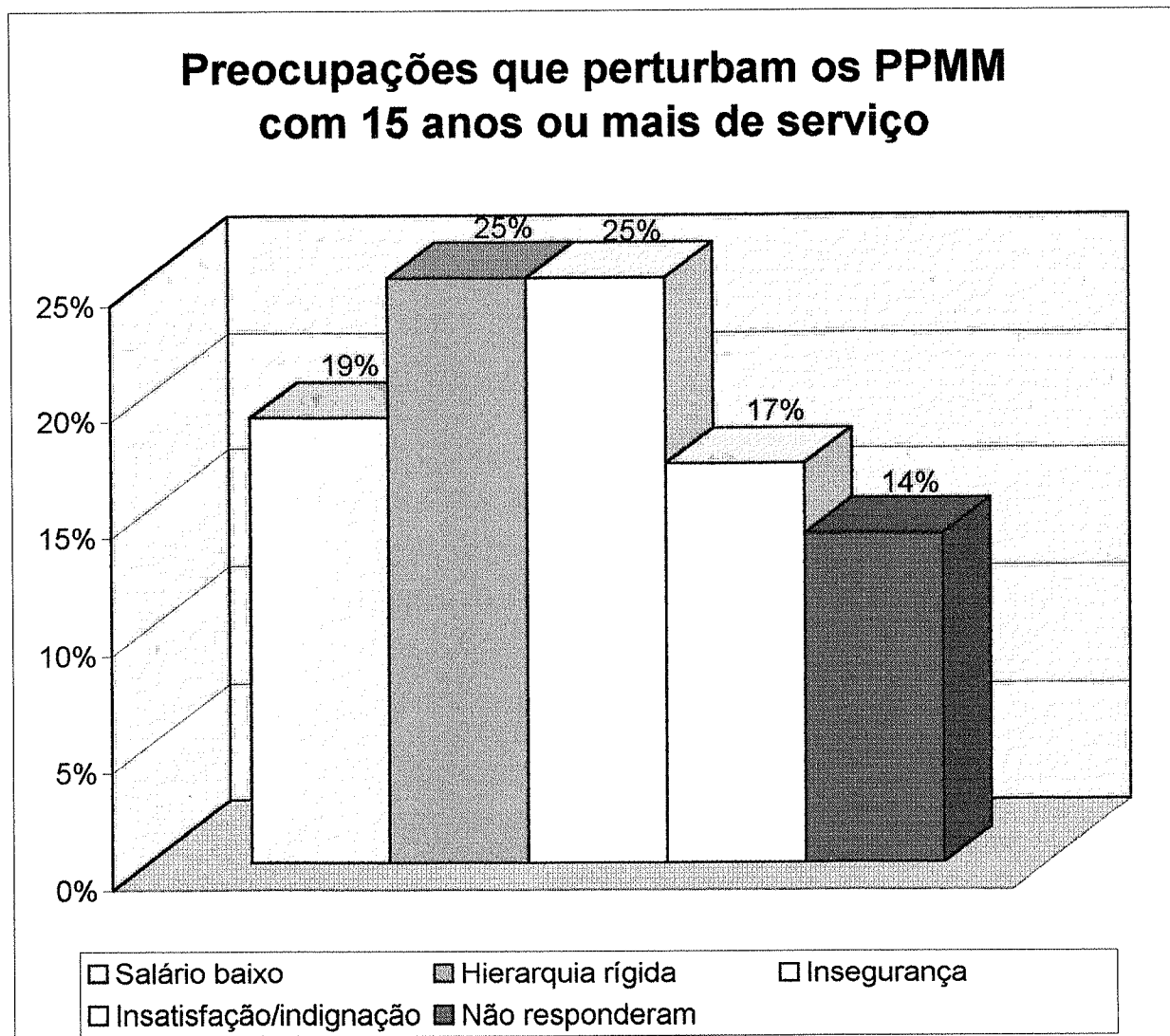
Preocupações que perturbam os Policiais Militares com 15 anos ou mais de serviço.

ALTERNATIVAS	F	X
Salário baixo	7	19%
Hierarquia rígida	9	25%
Insegurança	9	25%
Insatisfação/indignação	6	17%
Não responderam	5	14%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria

Dos pesquisados, 25% (vinte e cinco por cento) reclamam da hierarquia rígida (boçalidade), nela compreendendo a relação interpessoal mínima, corporativismo dos oficiais e o pouco companheirismo até entre pares. 25% (vinte e cinco por cento) estão inseguros devido à marginalidade crescente, armamento, munição, e viaturas inadequadas e insuficientes, comunidade descontente por falta de esclarecimento do escalão superior, falta de coragem de alguns companheiros no serviço operacional, falta de apoio do superior ao subordinado em ocorrência no estrito cumprimento do dever legal (valorização do PM). 19% (dezoito por cento) preocupados com o salário baixo. Os outros 17% (dezessete por cento) estão insatisfeitos com certas escalas de serviços, principalmente as escalas extras e indignados com os descontos obrigatórios nos vencimentos, merecimento a quem não merece, injustiças etc. Os restantes 14% (quatorze por cento) não responderam.

GRÁFICO 17



### III – RECOMENDAÇÕES E PROPOSTA

#### 1. RECOMENDAÇÕES

Os integrantes do serviço médico da Polícia Militar de Goiás são unanimemente favoráveis que se faça um trabalho de prevenção com toda a tropa e se realize também, uma melhor seleção de candidatos para ingresso na corporação. Para tanto, opinam da forma abaixo transcrita.

##### 1.1 – Prevenção

(...) na análise das doenças mentais é necessário levar-se em conta que o homem é um ser biopsicossocial. Nascemos com determinada **carga genética** e podemos sofrer **influências ambientais** e sociais (família, amigos, pais etc.) que serão decisivos na formação de nossa personalidade. Crescemos, ficamos adultos, nos casamos e temos filhos e... finalmente é chegada a hora de nos mantermos através do trabalho. É assim que um homem adulto chega às portas da Polícia Militar. Trazendo consigo toda uma história anterior e em funcionamento. E o que encontra? Ser policial é uma tarefa difícil de ser executada, e, é inegável o alto grau de **estresse**, tanto físico, quanto psíquico a que se é submetido. Sem dúvida, pessoas de **estrutura psíquica frágil** tendem a **descompensar** mais freqüentemente. Obviamente, não podemos dizer que o trabalho policial produz este ou aquele tipo de doença. Não há psicoses ou neuroses ao trabalho, especificamente. Mas podemos falar de “**disposições**”, e que o **adoecimento mental** torna possível a execução de um determinado tipo de tarefa. Quanto maior o **estresse**, maior a quantidade de pessoas doentes, isto é inegável.

Não temos soluções mágicas a serem oferecidas para reduzir o número de doenças. Creio contudo, que a resposta esteja em medidas de caráter **preventivo** e melhorias nas condições de trabalho inicialmente. Oferecer serviços de **prevenção primária**, isto é, antes que a pessoa adoça. Educar e informar são medidas de muita importância neste nível. Oferecer tratamento adequado a quem adoce, e finalmente, atuar a nível terciário, tentando **readaptar** o doente portador de seqüelas. Com relação

a melhora nas condições de trabalho, acredito que um **policia**l tecnicamente bem formado, recebendo um tratamento humano, com salários dignos adoeça menos, explica a Médica Psiquiatra, Débora de Cássia Bezerra Maia, 2º TEN PMGO (1997:103-4).

(...) o que precisa ser garantido é a **prevenção**, as medidas curativas e terapêuticas, estas sim, são desenvolvidas satisfatoriamente, até porque a pessoa, só procura o médico e cobra com rigor este direito, quando está com algum problema de saúde, ela não tem uma idéia de saúde com a ausência de doenças, não procura evitar. Por outro lado, os profissionais de saúde, na maioria, ainda não tem a preocupação de desenvolver ações de **prevenção**, que é o fundamental na área de saúde. Acho que a chave de tudo é investir na **prevenção**, um trabalho de educação e saúde, programas educativos, esclarecimentos, palestras e seminários”, assegura a Assistente Social da PMGO, Vânia Maria Rodrigues Alencar (1997:106-7).

(...) a **prevenção** é muito mais humana, lógica e barata. Tratar uma doença, isto nunca funcionou, por exemplo, veja bem, pegar o indivíduo que por **problemas mentais** foi reformado porque não foi feito um programa de prevenção satisfatório, então estamos pagando caro por isso, haja visto que a maioria dos aposentados, na marra, são por **problemas mentais**. Quero dizer que se nós fizermos um bom serviço de **prevenção**, ficaria mais barato para todos, e outra coisa, com **prevenção**, nós estaremos fazendo com que o indivíduo se sinta melhor, ele se sentindo melhor, não teremos problemas mentais, então estaremos sendo mais humanos. A **prevenção** é a base de tudo, tratar doenças e suas conseqüências é errado, temos que tratar as causas, a base, isto é **prevenção**, pondera o Clínico Geral e Gastroenterologista Lauro Sérgio Belchior, Cap. PMGO e autor do livro – *A verdade sobre o aparecimento das enfermidades*. Goiânia: Kelps, s.d., BELCHIOR (1997:96).

(...) nós temos que aprender a trabalhar com medicina de verdade. E medicina de verdade não é tratamento. O tratamento não tem nada a ver com a saúde da pessoa, você pega um paciente depois que ele está cheio de lesões, todo arreventado, e simplesmente medicá-lo, isto para o Estado é muito caro. Ao passo que se fizermos programas de **prevenção**, consegue atingir grande parte da população, e na realidade, tem um efeito bem mais eficiente, sem contar que para o Estado fica bem mais barato. Tanto que se a gente comparar o sistema de Cuba que tem um sistema de saúde incomparavelmente melhor que o nosso, porque lá se faz prevenção e aqui não, adverte o Clínico Geral da PMGO, Imar Crisógno Fernandes, MAJ PMGO (1997:107).

## 1.2 – Seleção

(...) deveria ter um um rigor maior na entrada de indivíduo na Instituição. (...) temos paciente na Corporação que já apresentam distúrbios psicológicos e psiquiátricos, os quais, **desde a muito tempo, já tinham esses distúrbios**. (...) Na equipe que realiza os exames preliminares além do psicólogo, deveria ter um psiquiatra e um assistente social, não somente o médico e o dentista. A participação destes profissionais é extremamente importante, opina o Clínico Geral da PMGO, Imar Crisógno Fernandes MAJ. PM (1997:110).

(...) a gente tem visto que as reformas precoces de Policiais Militares com pouco tempo de serviço tem aumentado. Então se tem aumentado, com certeza estas pessoas já entraram com alguma patologia, só que eram casos **latentes**, que foram se apresentar, **posteriormente, à sua inclusão** na Polícia Militar. A razão de se aperfeiçoar o **processo de inclusão**, veja bem, na equipe que faz a seleção dos candidatos não tem o psiquiatra, não tem o Assistente Social. Na questão do álcool, por exemplo, a gente percebe que algumas pessoas já tinham a doença, e o alcoolismo é um fator desencadeador de outras doenças, tais como cirroses, pancreatite, lesões cerebrais em decorrência do consumo excessivo do álcool, as cardiopatias etc. alerta a Assistente Social de PMGO, Vânia Maria Rodrigues Alencar (1997:105-6).

(...) do ponto de vista da saúde, precisamos **avaliar os métodos de seleção utilizados**. E responder a questão, quem pode ingressar na Polícia Militar? Propõe a Médica Psiquiatra, Débora de Cássia Bezerra Maia, 2º TEN PMGO (1997:104).

(...) há **falhas no processo de seleção** quando do ingresso do indivíduo na Corporação, principalmente quanto à **avaliação psíquica**, adverte a Cardiologista da PMGO, Luciene Aparecida Marinho de Azeredo Bastos (1997:99).

## 2 – PROPOSTA

Diante dos problemas enfrentados pela Junta Média da Polícia Militar de Goiás, o Sr. TC QOSPM José dos Santos Moraes, chefe do serviço médico, propõe alterações na JPMCS e apresenta argumentos e, ao final, faz um esboço de organograma para representar as modificações pretendidas.

Devido ao grande número de policiais militares que ficam à disposição da JPMCS, portadores das mais variadas patologias, muitos elementos tentam enganar os médicos para obter uma licença prolongada ou aposentadoria precoce e de posse do benefício vão exercer atividade na vida real com toda a sua capacidade física e mental em pleno vigor. A JPMCS e o serviço médico da PMGO não tem condições de fiscalização e acompanhamento diário ou de investigar os atos da vida privada dos PMs de licença médica. Em tempos modernos torna-se necessário investir no homem, que a princípio nos parece inútil, mas o retorno a médio e longo prazos não deixa dúvida; pensando assim e nos problemas de licença e aposentadoria da PMGO, sugerimos a criação e presença dos serviços social e psicológico em cada Unidade (OPMs), criação de Centro de Reabilitação e integração Social, criação de um quadro administrativo de policiais militares sem farda. É muito importante que seja obedecido este tripé pois um é complemento do outro. Além disso devemos fazer um programa de medicina e odontologia preventiva e conscientização nas OPMs como vacina DST, AIDS, inclusive com as mulheres dos militares quanto ao câncer de mama e útero. Em Goiânia esse trabalho seria realizado pela equipe de saúde deste HPM e nas Unidades do interior pelo médico e odontólogos das OPMs, ou por médicos civis da cidade que dispusessem a dar tais palestras em colaboração com a PMGO.

No momento atual sabemos das dificuldades existentes em todos os setores da vida, por isso é necessário dar maior apoio ao policial militar, pois são inúmeros os problemas que afetam seu dia-a-dia, começando pelos desentendimentos no lar, pressão nos Quartéis, exigência ou rejeição da sociedade e com isso pode haver desequilíbrio emocional e o militar acaba por transmitir esse descontentamento à população de uma maneira agressiva e às vezes produzindo lesões corporais. Quando um policial veste sua farda recebe uma arma e entra em uma viatura o que se passa em sua cabeça? Será que vou voltar para casa com lesão corporal ou vivo, se eu morrer quem cuidará de minha família, estou em condições físicas e psicológica e com armamento suficientemente bom para competir com os marginais? Isto se torna muito confuso e acho que é a grande causa das licenças médicas, aposentadoria precoce, porque o elemento não tem suporte para tanta pressão, daí apresentar neurose, psicose, depressão etc. Quando o militar começa

chegar atrasado ou faltar ao serviço decorrente de alguma situação já mencionada, o serviço social e o psicólogo irá até a residência deste para uma investigação do problema e se não for possível a resolução a curto prazo ele será encaminhado ao Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS). Este centro o qual passo a chamar de CRIS, é composto de uma equipe multiprofissional tais como: Psiquiatra, Psicólogo, Serviço Social, Fisioterapêutica, Enfermagem e outras especialidades médicas apoiadas pelo HPM, se a patologia exigir. Todo militar portador de alguma doença, evidentemente já diagnosticada pelo seu médico assistente, cumprirá os dias homologados pelos médicos da OPM ou HPM. Vencido os 03(três) primeiros dias, se não houver recuperação será encaminhado à JPMCS, a qual vai analisar o caso e o militar terá dois destinos: 1. Se a patologia merece prorrogação licença, ele irá para casa com retorno previamente marcado com direito a continuar o tratamento concernente com o seu médico assistente. 2. Se a patologia deixar dúvidas, tais como dor na coluna, mialgias, neuroses, alcoolismo, ou fase de recuperação funcional pós cirurgia ortopédica e/ou imobilizações, serão encaminhados ao CRIS e desligado da JPMCS com o seguinte laudo: Apto para ao SPM devendo ficar à disposição do CRIS. O CRIS vai fazer a recuperação física ou mental acompanhada por uma equipe multiprofissional a qual após a avaliação criteriosa devolverá o PM à JPMCS com o seguinte laudo: Não recuperado, recuperação parcial, recuperação total, a qual examinará com critério e soberania para decisão final, porém orientamos que se não houve recuperação deverá ser reformado de acordo com os critérios já existentes na Corporação, se recuperado totalmente retornará à unidade de origem, e se for parcial deverá ser encaminhado ao quadro administrativo de policiais sem farda. Como o próprio nome indica estes não podem: Usar farda, fazer TAF e nem policiamento. Terão direito à transporte, promoções por merecimento ou antigüidade. Podem exercer atividade administrativas em geral, ou CRIS encarregará de qualificá-lo em outra unidade de interesse da PM, tais como: Motorista de comandantes de Unidades, datilógrafo, técnico em computação, pintor, eletricista, mecânico, pedreiro, telefonista, recepcionista etc.

O transporte para o militar com capacidade parcial definitiva temporária em tratamento, poderá ser conseguido na Associação dos Deficientes Físicos, uma carteira de passe livre definitivo ou temporário respectivamente.

O Serviço Social e Psicológico receberão seus honorários por produtividade, pela guia de IPASGO.

O quadro administrativo dos policiais militares sem farda não é necessário espaço físico próprio pois os mesmos serão distribuídos em várias Unidades.

O CRIS é necessário um espaço físico o qual terá como diretor um Major QOPM e seus auxiliares serão os próprios militares que estiveram em tratamento. É necessário uma sala para administração, para o médico, para o psicólogo, para enfermagem, para fisioterapia e serviço social.

A fisioterapia terá salas amplas com modernas instalações. Há necessidade de uma área para recreação, construção de um alojamento, no mínimo de 10 leitos para dar apoio ao militar do interior. A reabilitação psicossocial ficará a cargo do psiquiatra, psicólogo e do serviço social que encarregará de elaborar um programa para esta finalidade.

A fisioterapia ficará a cargo de um ortopedista e de um fisioterapeuta.



## CONCLUSÃO

A insanidade mental esconde-se por detrás de uma lista interminável de fatores que, na maioria das vezes, estão associados, desencadeiam reações perversas, mas quase sempre discriminadas, invisíveis e relegadas a segundo plano. Os problemas mentais podem se tornar, na virada deste século, a principal causa de incapacidade para o emprego, segundo estimativas do Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade de Brasília – UNB (VIEGAS, 1998: 22-8).

Enumerar as causas dos distúrbios mentais relacionados ao trabalho da PM é uma tarefa exaustiva, que leva a surpresas. Em resumo, quase todas estão direta ou indiretamente associadas a fatores de organização do ambiente, conforme se constatou comparando os **dados pesquisados**, via questionário, com as **opiniões de médicos** relatadas em trabalho anterior sobre o assunto a saber:

### DADOS PESQUISADOS

Fatores desencadeantes	Opiniões de 222 PPMM com menos de 15 anos de serviço – percentual	Opiniões de 36 PPMM com 15 anos ou mais de serviço – percentual
Desgaste Físico	Desgastante – 64%	Desgastante – 77%
Desgaste Mental	Desgastante – 71%	Desgastante – 80%
Carga-horária	Excessiva – 97%	Excessiva – 100%
Descanso	Desrespeitado – 74%	Desrespeitado – 74%
Folga-lazer	Desrespeitado – 72%	Desrespeitado – 75%
Emoções/sentimentos	Reprimidos – 78%	Reprimidos – 88%
Preparação psicológica	Não houve – 51%	Não houve – 36%

Preocupações que perturbam:		
Salário baixo	21%	19%
Hierarquia rígida	26%	25%
Insegurança	35%	25%
Insatisfação/indignação	14%	17%
Não responderam	4%	14%

Fonte: Própria

## OPINIÕES MÉDICAS

1. **Medo** – (...) os distúrbios psiquiátricos são muito frequentes, sendo que estas alterações são as que mais tem chance de serem prevenidas porque estes distúrbios estão relacionados com o que acontecem na Polícia Militar. Primeiro o próprio sistema que é **extremamente rígido**, o ser humano, o subordinado, não tem respeito pelo chefe, tem é medo, isso é diferente, o subordinado sabe que se não cumprir uma determinada ordem vai ser **punido**, vai prejudicar seu comportamento, sua promoção. Então, esta questão de ter **medo** de alguém gera muita tensão, que é um **fator gerador das maiores causas de alterações mentais** que temos na Polícia. A pessoa deve ser respeitada pelo seu moral profissional e não pela patente, em geral deve haver um bom relacionamento entre superior e subordinado. Segunda coisa, o **salário** militar, que é uma vergonha, não dá para viver mais ou menos, ganha muito mal, sendo que a maioria não tem condições de trabalhar fora, e vive num sistema extremamente rígido dentro da Corporação, isto leva, tranqüilamente, as alterações psiquiátricas, principalmente, as **depressões** que acontecem com frequência. (MAJ. PM. Imar Crisógno Fernandes – Clínico Geral da PMGO – 1997: 108 e 114).
2. **Mal amada** – (...) no que tange as patologias mentais, na minha opinião, depende um trabalho amplo dentro da Polícia Militar, veja bem, o desequilíbrio mental origina-se porque a **pessoa se sente mal amada, não necessitada e desvalorizada**. Temos que mostrar aos nossos soldados, o quanto eles são importantes para todos nós. É necessário termos paz na corporação, precisamos nos sentir respeitados, termos vida digna, **temos que gostar mais uns dos outros**. (CAP PM Lauro Sérgio Belchior – Clínico Geral da PMGO – 1997: 94-95).
3. **Sono/Alimentação** – (...) os programas de avaliação de saúde dos integrantes da Polícia Militar precisam ser melhorados, visando, primeiro o conhecimento das condições de saúde da tropa, que se inicia pelo Comandante ou pelo Oficial ligado imediatamente aos componentes da tropa, procurando saber se estes estão **dormindo e alimentando** bem, se não estão se sentindo sobrecarregados devido a **excesso de trabalho**, tudo isto tem que ser averiguado porque faz parte da saúde da pessoa, principalmente acompanhar aqueles que estão com **problemas psicológicos**, porque o Policial Militar anda bastante **estressado**, (MAJ PM Dalton Dória, Neurologista da PMGO, 1997:91 e 93).
4. **Sobrecarga de trabalho** – (...) o problema do serviço do Policial

Militar é a falta de respeito para com o horário de trabalho, o militar é sempre sobrecarregado, ele não tem hora certa para trabalhar, na maioria das vezes, até suas férias são interrompidas em razão do serviço, outra coisa, por que o policial que trabalha no trânsito tem que ficar em pé? Não pode nem encostar o corpo, tem que tomar sol e chuva. Porque não existe uma guarita para sua proteção? Ele não é ser humano? E como qualquer outro não vai se cansar? (CAP PM Lauro Sérgio Belchior – Clínico Geral da PMGO – 1997: 96-97).

5. **Insegurança – humilhações – frustrações** – (...) o que pode ser feito ao militar e dar melhores condições de vida, tanto condições físicas, quanto emocionais e de trabalho. Salário adequado dando ao militar e sua família condições de vida, não precisando este de se entregar à bebida como fuga de suas próprias frustrações. (...) mal relacionamento dentro dos quartéis, com queixas constantes de humilhações e desrespeito ao ser humano, independente de seu posto ou graduação (...) As más condições de trabalho, policiais mal equipados (armas e proteções inadequadas) levando o militar a constante insegurança no seu dia-a-dia de serviço operacional. 1º TEN PM Luciene Aparecida Marinho de Azeredo Bastos – Cardiologista da PMGO – 1997:99).
6. **Alcoolismo** – (...) eu diria, que grande quantidade das patologias apresentadas por policiais-militares está altamente relacionada com o álcool. A pessoa vai para o alcoolismo, e conseqüentemente vai desenvolver lesões de fígado, de pâncreas, lesões do lado sexual e a própria impotência e também lesões cardíacas, ou seja, grande número das aposentadorias, na verdade, estão sendo pela doença final apresentada. Mas se for avaliar a base, a origem desta doença, a grande maioria está altamente relacionada ao álcool. E se for olhar mais atrás ainda, está, também, relacionado com o lado psicológico desta pessoa, que não está sendo tratada. (MAJ PM Imar Crisógno Fernandes – Clínico Geral da PMGO – 1997:112-116).
7. **Preparação Psicológica** – (...) o nosso soldado, às vezes, nem teve uma formação adequada. O soldado passa por um curso muito rápido. E não tem uma formação em termos de saúde, não tem orientação psicológica e social (...) Tem patologias que aparecem em consequência da atuação lá fora, no serviço operacional, é um camarada baleado, gera muitos distúrbios... MAJ PM Imar Crisógno Fernandes – Clínico Geral da PMGO – 1997: 108-109).
8. **Stress** – o stress das ruas e as pressões dos quartéis predispõe o indivíduo a certos tipos de doenças (1º TEN PM Luciene Aparecida Marinho de Azeredo Bastos – Cardiologista da PMGO 1997:99).

(...) o stress é uma coisa terrível na Polícia Militar, e causa da maioria dos distúrbios emocionais. (CAP PM Lauro Sérgio Belchior – Clínico Geral 1997:97).

(...) por ser estressante a atividade desempenhada, o Policial Militar está exposto às doenças psicossomáticas e é uma das categorias que mais desenvolvem o alcoolismo. (1º TEN PMGO – Vânia Maria Rodrigues Alencar – Assistente Social – 1997:107).

Essas causas como até agora foi visto, não são decorrentes especificamente de situações de inadaptação ao trabalho, mas como este ocupa lugar muito importante na realização pessoal do indivíduo, com certeza o trabalho está na gênese desta doença. Os sintomas apresentam-se como fator único ou associado a outros condicionantes sociais ou como fatores desencadeantes relacionados às condições físicas que cercam o indivíduo e ao estilo de vida que ele adota para si. Outros tem como gênese, aspectos constitucionais, representados pelo **patrimônio genético** e transmitido através de herança cromossômica, ou adquiridos, surgidos como resultado da modelagem que o meio ambiente exerce sobre a criança, particularmente no primeiro ano de vida.

Assim, as doenças psiquiátricas têm variadíssima etiologia, desde os fatores genéticos ligados à fase intra-uterina aos de ordem exógenas pós-natais.

Muito há que ser feito nas Polícias Militares. Urgentemente, esforços devem ser redobrados durante os processos de **seleção** e até de formação pois não podemos mais desconhecer os componentes **endógenos** presentes em todos os indivíduos de todas as classes sociais, que somados aos **fatores desencadeantes** próprios do processo de civilização da humanidade, acabam por desenvolver transtornos psiquiátricos invariavelmente graves e incapacitantes.

O que se pretende é deixar bem explícito que o policial-militar não pode ter distúrbios psiquiátricos. A **Seleção** tem que ser voltada para admitir o ingresso na corporação de indivíduos emocionalmente equilibrados, sem frustrações, sem tendência ao alcoolismo e até mesmo drogas, sem desvios sexuais, sem distúrbios de personalidade, sem psicopatologia considerada perniciosa, como qualquer psicose e em particular as esquizofrenias, e ser possuidor de inteligência média acima. Para tanto, convém que o trabalho seja integrado, além do psicólogo, se possível um psiquiatra. Esta integração é por dois motivos. O primeiro é que dificultaria a Justiça determinar a permanência de candidatos vetados. O segundo,

os exames psicotécnicos, como quaisquer outros, estão sujeitos a falhas e até mascarar determinados resultados, principalmente pelo fato de selecionar muitos candidatos, num mesmo período, e ainda o nível de aproveitamento que é admitido, tendo em vista a necessidade de completar claros dos efetivos.

Ao policial-militar não se admite erro e a Polícia Militar seria responsável se o admitisse insano, incapaz de corresponder ao dinheiro público com que é pago. Por isso mesmo, é na **seleção** que está o jogo para se obter o policial ideal, ajustável em todos os aspectos à função que vai exercer. E se ele não é bem escolhido, não se obtém o ajustamento, e a consequência geralmente não é salutar nem para ele, nem para a Polícia Militar e nem para a sociedade.

Diante do alarmante surto de reformas por invalidez no campo da psiquiatria, este é o momento de reflexão para os casos que estão surgindo e estudar as suas causas. Se estão enquadradas dentro dos parâmetros da Psiquiatria realmente, ou se até são forjadas. Isto porque é sabido que uma boa parte desses reformados continuam com suas atividades normais no meio civil, trabalhando em diversas áreas, dirigindo e coordenando sua vida econômica e social.

Não há como relegar a segundo plano a doença do policial-militar. Tem que se levar em consideração pelas peculiaridades funcionais todos os fatores **endógenos e exógenos**, nos primeiros **genéticos**, uma vez que ingressou na milícia com eles, e os últimos relacionados com os fatores ecológicos, adquiridos e proporcionados pelo **acúmulo de tarefas, conflitos internos e externos à Corporação**, mesmo que esteja de folga, vez que mesmo assim, os acidentes ou doenças são decorrentes do **estresse** inerente à função policial-militar. Tem que se considerar também, se ele dispõe de **descanso e lazer**, se financeiramente depende somente dos serviços que desenvolve na polícia, se é obrigado por lei a intervir em situações de anormalidade. Ainda, se pode ser convocado a qualquer momento de sua vida, independentemente de lazer, das obrigações particulares ou da assistência

que é obrigado a dar à família. Investigar também, se ingressou na Corporação que serve, com plena aptidão física e mental ou se a contraiu no decorrer das suas funções na vida privada (ex.: nos bicos).

Ainda, o trabalho do policial militar passa, invariavelmente, por chefias intransigentes, vigilância ostensiva sobre eficiência/eficácia (sem que lhes sejam dadas as condições adequadas de trabalho), invasão dos limites da individualidade, turnos irregulares de trabalho, jornada excessiva, má remuneração, índice crescente de criminalidade, alta responsabilidade com a sociedade que está cada vez mais participativa e esclarecida, quer pela mídia ou pelas associações de classe e, finalmente, a estrutura organizacional PM altamente hierarquizada. Aceita-se facilmente então, ser o **estresse** um companheiro constante, em todos os níveis de atuação.

Diante desse quadro, deve haver uma preocupação com a saúde mental e com o ambiente onde o policial militar for trabalhar, **sempre colocando o homem certo no lugar certo**. Isto se consegue através da **prevenção** em que se promove a saúde e o prolongamento da vida útil do miliciano. Os doentes mentais se comparados a outros grupos de enfermos, tem um percentual muito pequeno de retorno ao trabalho, mesmo que em caráter de readaptação funcional. É imprescindível a contribuição de psicólogos e assistentes sociais, principalmente nos quartéis de grande contingente, para que seja melhorado este ambiente, reduzindo os níveis de tensão existentes. Os casos mais graves deverão ser encaminhados ao serviço médico, aqui na proposta à JPMCS e, posteriormente, ao CENTRO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL – CRIS onde, após um período de observação se recuperado totalmente, retornará à sua unidade de origem; se recuperado parcialmente, irá compor o QUADRO ADMINISTRATIVO DOS POLICIAIS MILITARES SEM FARDA e se, não recuperado, será REFORMADO. Ao serem encaminhados à Administração poderão exercer atividades como datilógrafos, digitadores, pintores, eletricitas, auxiliares de mecânico, pedreiros, telefonistas, recepcionistas etc.

A maior preocupação em não fazer uma **prevenção** a princípio, ou tentar recuperar esse militar, são os transtornos que poderão causar à Administração da Corporação ora pelas chamadas constantes de familiares para lhe dar assistência levando-o a alguma clínica ou a qualquer outro lugar tentando resolver problemas por ele gerados, às vezes, até graves como por ex.: envolvimento em ocorrências, sem falar que toda esta situação onera os cofres públicos e reduz a eficiência da atividade policial militar, pois diminui seus recursos humanos destinados à atividade-fim.

Atualmente, um trabalho direcionado à prevenção de distúrbios mentais está sendo feito sob a coordenação do Sr. Ten. Cel. Moraes, conforme se vê na correspondência na página seguinte.

**ESTADO DE GOIÁS**  
**POLÍCIA MILITAR**  
**DIRETORIA DE SAUDE**

*Goiânia-Go., 19 de março 1998*

*Do Ten. Cel. QOSPM Chefe do Serviço Médico*  
*Ao Sr Cel. PM Diretor de Saúde*

**ASSUNTO:** *Solicitação*

*Dando prosseguimento aos trabalhos de Medicina Preventiva na Polícia Militar de Goiás, orientando aos Srs. Comandantes de unidades para encaminhar ao serviço de Psicologia do HPM juntamente com relatório (motivo do encaminhamento), os policiais militares, quando enquadrar em uma das situações abaixo relacionadas:*

- Após uma operação que houve troca de tiros com ou sem vítimas;*
- Apresentar alteração no comportamento, desajuste familiar, excesso de bebidas alcoólicas ou qualquer situação que evidencie uma desestruturação na sua personalidade;*

*Este procedimento tem objetivo de dar apoio ao PM e evitar que o mesmo entre em depressão e/ou o “stress” agudo desencadeando uma patologia psiquiátrica de difícil recuperação.*

**JOSÉ DOS SANTOS MORAES – TEN CEL QOSPM**  
**CHEFE DO SERVIÇO MÉDICO**

## BIBLIOGRAFIA

1. ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR. *Normas para elaboração, apresentação e avaliação do trabalho técnico-científico*. Goiânia: CAO, 1998, 14 p.
2. ALENCAR, José M. G. de. *Doenças Profissionais: contribuição para a mudança da política de saúde das Polícias Militares*. Maceió: SERGASA, 1987, p. 258.
3. ALENCAR, Vânia M. R. Entrevista n. 7 *In: LIMA, Durval R.; MESQUITA, Lucimar de O.. Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/CAO, 1997. Monografia. Mimeo.
4. ALMEIDA, Dakson L. de. *Privação do sono e suas conseqüências*. Goiânia: APMGO/CTE, 1994. Monografia. Mimeo.
5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Referências Bibliográficas*. NBR 6023, s.l., 1989. 19p.
6. BASTOS, Luciene A. M. de A. Entrevista n. 3. *In: LIMA, Durval R.; MESQUITA, Lucimar de O.. Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/CAO, 1997. Monografia. Mimeo.
7. BELCHIOR, Lauro S.. Entrevista n. 2. *In: LIMA, Durval R.; MESQUITA, Lucimar de O.. Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/CAO, 1997. Monografia. Mimeo.
8. BERNIK, Márcio – À beira de um ataque de nervos. *Veja*, São Paulo, a. 30, n. 8, ed. 1484, p. 96, fev./1997.
9. CAMPAILLA, Giuseppe. *Manual de psiquiatria*. São Paulo: Martins Pontes, 1982, p. 118-119.
10. CARVALHO, Joaquim de; FERNANDES, Manoel. O fardo da farda. *Veja*, São Paulo, a. 30, ed. 1506, p. 30, jul./1997.
11. CERVO, Armando L.; BERVIAN, Pedro A. *Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários*. 3. ed. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1983, 249p.
12. COMIS, Antônio P.; FILHO, Renato B. O stress e a organização. *Revista CIPA*, São Paulo, p. 89-91, 1997.
13. COUTO, Hudson de A. *Fisiologia do trabalho aplicada*. Belo Horizonte: Ibérica, 1978, p. 209-226.
14. CRUZ, Paulino M. da *et alli*. Com a palavra o policial militar. *BPMChoque em Revista*. Goiânia, a. 1, n. 2, p. 26. 1998. Anual.

15. DÓRIA, Dalton. Entrevista n.1. In: LIMA, Durval R.; MESQUITA, Lucimar de O. *Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/GO, 1997. Monografia. Mimeo.
16. FERNANDES, Imar Crisógno. Entrevista n.8. LIMA, Durval R.; MESQUITA, Lucimar de O. *Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/GO, 1997. Monografia. Mimeo.
17. LIMA, Durval R. de; MESQUITA, Lucimar de O. *Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/CAO, 1997. Monografia. 129 p. Mimeo.
18. LIPP, Marilda N. À beira de um ataque de nervos. *Veja*. São Paulo, a.30, n. 8, ed. 1384, p. 95-96, fev./1997.
19. \_\_\_\_\_. Índice alarmante de suicídios na PM de São Paulo. *Revista Especial da PM do Estado do Rio de Janeiro*, p. 14-17, 1993.
20. MACHADO, Eleni V. O trabalho militar e o estresse. *Informativo da Caixa*. Goiânia, a.12, n. 1, p. 10, jan./fev., 1998.
21. MAIA, Débora de C. B. Entrevista n. 6. In: LIMA, Durval R.; MESQUITA, Lucimar de O. *Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/CAO, 1997. Monografia. Mimeo.
22. NEVES, José J. de O.; BRASIL, Newton F. S.; LINS, Carlos B. A. *Doença mental na PM: perfil epidemiológico e programa de atenção com ênfase na prevenção*. Belém: UEPA/ENSP/ Curso de Especialização em Saúde Pública, 1997. Monografia. Mimeo.
23. OLIVEIRA, Francisco F. *Estresse Causas e Conseqüências*. Goiânia: APMGO/CTE, 1994, p.12-13. Monografia. Mimeo.
24. OSÓRIO, Alexandre A. J. *Tempo de vida útil do Policial Militar: fatores condicionantes de sua qualidade*. Goiânia: APMGO/CAO, 1993. Monografia. Mimeo.
25. POSTERLI, Renato. *Aspectos da Psicopatologia Forense Aplicada*. Goiânia: Santa Inês. Ed., 1979, p.136-41.
26. RIBEIRO, Martins. Índice alarmante de suicídios na PM de São Paulo. *Revista Especial da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro*. p. 13-17, 1993.
27. SÁ, Elizabeth S. de. *Manual de normalização de trabalhos técnicos científicos e culturais*. Petrópolis: Vozes, 1994, 184p.
28. SILVA, Edith S. Uma história de “crise de nervos”: Saúde Mental e Trabalho. In: ROCHA, Lys E. *et alli*. *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993, p. 620-622.
29. SOBRINHO, Joaquim A. Entrevista n. 5. In: LIMA, Durval R. de; MESQUITA, Lucimar de O. *Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/CAO, 1997. Monografia. Mimeo.
30. TATIBANA, Edmundo R. Entrevista n. 4. In: LIMA, Durval R. de; MESQUITA, Lucimar de O. *Reformas prematuras de Policiais Militares por incapacidade física: principais causas*. Goiânia: APMGO/CAO, 1997. Monografia. Mimeo.
31. VALENTIN, José A. *Análise científica das escalas das diversas frentes de serviços na PMGO*. Goiânia: APMGO/CAO, 1993. Monografia. Mimeo.

32. VIEGAS, Cláudia. Sofrimento Invisível. *Revista Proteção*, Novo Hamburgo, n. 73, p. 22-28, jan/1998.
33. VIOLANT, Jonh M. Padrões de estresse no trabalho policial. *Revista Especial da PM do Estado do Rio de Janeiro*, p. 19-27, 1993.
34. ZANKER, Kurt. À beira de um ataque de nervos. *Veja*. São Paulo, a. 30, n.8, ed. 1484, p.98, fev./1997.

---

**APÊNDICE**

---

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE GOIÁS  
ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR  
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS/98

---

Senhor Policial Militar,

Trata o presente questionário de obter informações sobre os fatores desencadeantes dos transtornos mentais no trabalhador policial militar.

Os dados aqui coletados terão significativa importância na elaboração do Trabalho Técnico Profissional que é requisito parcial para conclusão do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais.

Solicitamos a leitura do questionário com atenção e a resposta é, segundo o seu entendimento, pessoal.

Não é necessário colocar o nome e nem qualquer outro sinal que identifique a pessoa que responde ao questionário.

Lembre-se a sua participação poderá contribuir para a evolução de nossa Polícia Militar.

Grato

---

1. Qual o seu tempo de serviço na Corporação?
  - a.  da inclusão a menos de 15 anos
  - b.  de 15 anos a mais
  
2. Na sua opinião, a atividade PM é, sob o ponto de vista físico
  - a.  totalmente desgastante
  - b.  muito desgastante
  - c.  um pouco desgastante
  - d.  muito pouco desgastante
  - e.  nenhum pouco desgastante
  
3. Na sua opinião, a atividade PM é, sob o ponto de vista mental
  - a.  totalmente desgastante
  - b.  muito desgastante
  - c.  um pouco desgastante
  - d.  muito pouco desgastante
  - e.  nenhum pouco desgastante
  
4. A quantidade de carga-horária de serviço semanal é
  - a.  muito alta
  - b.  um pouco alta
  - c.  um pouco baixa
  - d.  muito baixa
  - e.  extremamente baixa
  
5. Considerando-se que o DESCANSO é o período de tempo necessário para que o PM possa recuperar-se biologicamente após a realização de uma atividade de serviço, responda normalmente, o tempo destinado ao seu descanso, após cada serviço é
  - a.  totalmente respeitado
  - b.  muito respeitado

- c.  um pouco desrespeitado
  - d.  muito desrespeitado
  - e.  totalmente desrespeitado
6. Considerando-se que a FOLGA é período de tempo existente o descanso e o próximo serviço, e que se destina as ATIVIDADES DE LAZER, ou seja, tempo à disposição única do PM; responda, normalmente, o tempo destinado à sua folga, entre cada descanso e o próximo serviço é
- a.  totalmente respeitado
  - b.  muito respeitado
  - c.  um pouco desrespeitado
  - d.  muito desrespeitado
  - e.  totalmente desrespeitado
7. Ao ser repreendido e/ou pressionado por um superior, você extravasa sua raiva e indignação em que ou em quem?
- a.  contra seus pares e/ou subordinados
  - b.  contra sua família
  - c.  na bebida
  - d.  nas pessoas no transcorrer do serviço
  - e.  ao contrário, reprime seus sentimentos
8. Na sua opinião, seu Curso de Formação o preparou psicologicamente para enfrentar o dia-a-dia na Polícia (ex.: correr risco de vida, encontro de cadáver, ver colega sendo morto por bandidos etc.)?
- a.  sim
  - b.  não
9. O que tem te incomodado ultimamente dentro da Polícia Militar?