

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA, CIDADANIA E
DIREITOS HUMANOS.

PAULO AFONSO SAMPAIO DE LIMA

**POLICIAL BOM É POLICIAL VIVO: UM DIAGNÓSTICO EM SAÚDE
DO TRABALHADOR NA POLÍCIA CIVIL DO AMAZONAS**

MANAUS
2014

PAULO AFONSO SAMPAIO DE LIMA

**POLICIAL BOM É POLICIAL VIVO: UM DIAGNÓSTICO EM SAÚDE
DO TRABALHADOR NA POLÍCIA CIVIL DO AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos, da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos.

Orientador: Professor Doutor Iuri da Costa Leite

MANAUS
2014

**POLICIAL BOM É POLICIAL VIVO: UM DIAGNÓSTICO EM SAÚDE DO
TRABALHADOR NA POLICIA CIVIL DO AMAZONAS.**

PAULO AFONSO SAMPAIO DE LIMA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

BANCA EXAMINADORA

Prof. Doutor Iuri da Costa Leite
Presidente

Prof. Doutor Antonio Gelson de Oliveira Nascimento
Membro

Prof. Doutor Raimundo Nonato Pereira da Silva
Membro

Aprovado em ____/____/____

**MANAUS – AM
2014**

Dedico este trabalho aos colegas policiais civis que, no cumprimento do dever legal, adoecem no físico e na alma.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Estado do Amazonas e ao Programa de Pós-graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos.

Ao meu orientador, Professor Doutor Iuri da Costa Leite, pela confiança, paciência e dedicação no processo de construção dessa dissertação.

Aos professores: Prof^o. Dr. Antônio Gelson de Oliveira Nascimento, Prof^o. Dr. Davyd Spencer Ribeiro de Souza, Prof^o. Dr. Edson Damas da Silveira, Prof^o. Dr. Theophilos Rifiotis, Prof^a. MSc. Flávia Melo da Cunha, pelos ensinamentos oferecidos durante o mestrado.

Ao Prof^o. Dr^o. Raimundo Nonato Pereira da Silva – UFAM.

Aos servidores da secretaria do Mestrado Jonas Santos de Melo e Tainá Melo.

Ao delegado geral de Polícia do Amazonas Josué Rocha de Freitas.

Ao delegado geral adjunto de Polícia do Amazonas Mário Jumbo Miranda Aufiero.

Aos colegas do Departamento de Controle e Avaliação da Polícia Civil do Amazonas, especialmente as psicólogas Viviane Lima Verçosa, Greicy Nobre de Oliveira e Hellem Yuki Costa Miwa, as assistentes sociais Maria Germana da Costa Gadelha e Lígia Aguiar de Oliveira e as estagiárias Ana Valeria, Lidia, Kamila e Naiara.

Aos colegas de turma do Mestrado Profissional em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos, especialmente a Emilia Ferraz Carvalho Moreira com quem partilhei muitas dúvidas.

Aqueles que não foram enunciados ao lerem o conteúdo das próximas páginas também possam se sentir contemplados.

A Deus, fonte suprema de vida e luz.

O sonho é trabalhar sem necessariamente adoecer ou morrer em decorrência do trabalho. Isto é mais que uma crença, um sonho. É uma possibilidade concreta, num mundo em rápida transformação (MENDES, 1995, p. 25).

RESUMO

A profissão policial é uma das mais extenuantes, acarretando uma carga enorme de doença, com sequelas físicas e psicológicas. O objetivo do estudo foi conhecer as principais causas de adoecimento que acarretam o absenteísmo dos policiais civis do Amazonas e suas possíveis relações com as condições de trabalho, utilizando, para tanto, as informações contidas nas das Licenças para Tratamento de Saúde, entre janeiro e dezembro de 2012. As doenças foram classificadas em três grandes grupos e 22 subgrupos de doenças, conforme proposto por Murray e Lopes para estudos de carga de doença. Os resultados apontam que os três principais grupos de doenças na população pesquisada, representando quase 40% de todas as doenças registradas, foram: doenças psiquiátricas (14,4%); doenças músculo-esqueléticas (13,5%); e doenças cardiovasculares (10,3%). Em relação às doenças psiquiátricas, as mulheres apresentaram taxa 100% maior do que a dos homens, os servidores com mais de 15 anos de serviço registraram taxas maiores de incidência e os delegados alcançaram taxas mais elevadas e estatisticamente significativas quando comparados com os investigadores. Entre as psiquiátricas, a principal doença foi depressão, com 30,8% dos casos, seguida pelo estresse pós-traumático, transtorno do pânico e transtorno bipolar. Para as doenças músculo-esqueléticas, sexo, cargo e tempo de serviço também tiveram efeitos semelhantes. Essas só foram estatisticamente significativas para os profissionais com menos de cinco anos de serviço. Em relação às doenças músculo-esqueléticas, merece destaque a lombalgia, representando quase 40% de todos os casos. Entre as doenças cardiovasculares, observaram-se taxas mais baixas entre os servidores com curso superior. Quanto maiores a idade e o tempo de serviço, mais elevada é a chance de ocorrência de doenças cardiovasculares. A doença hipertensiva foi a mais incidente entre as doenças cardiovasculares, com 43% dos casos. Os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de ampliação e ofertas de ações voltadas para atendimento integral à saúde do servidor policial, de modo a garantir uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde e doença. Saúde ocupacional. Servidor público. Polícia Civil. Segurança pública.

ABSTRACT

The police profession is one of the most strenuous, causing a huge burden of disease, with physical and psychological consequences. The objective of the study was to understand the main causes of disease that cause absenteeism of police officers of the Amazon and its possible relations with the working conditions, through the Permits Health Care, between January and December 2012. The diseases classified form into three major subgroups of group 22 and diseases conforms proposed by Murray and Lopes disease burden studies. The results show that the three main groups of diseases in the studied population, representing almost 40% of all diseases recorded were: psychiatric disorders (14.4%), musculoskeletal diseases (13.5%) and cardiovascular disease (10 , 3%). Regarding psychiatric illnesses women had rates 100% higher than that of men. Servers with over 15 years of service had an incidence higher rates. Delegates had higher and statistically significant rates compared to the researchers. Among the psychiatric, major illness was depression, with 30.8% of cases, followed by post-traumatic stress disorder, panic disorder and bipolar disorder. In musculoskeletal diseases: sex, position and length of service, also showed similar effects. These were statistically significant only for professionals with less than five years of service. In relation to musculoskeletal disorders noteworthy LBP representing almost 40% of all cases. Among cardiovascular diseases observed lower rates between the upper reaches of servers. The higher the age and length of service, the greater the chance of occurrence of cardiovascular diseases. Hypertensive disease was more prevalent among cardiovascular diseases, with 43% of cases. The survey results point to the need for expansion and stock offerings aimed at comprehensive care in health police server to ensure a better quality of life.

Keywords: Health and disease. Occupational health. Public servant. Civil Police. Public safety.

LISTA DE SIGLAS

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima revisão

Claves – Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde

DAF – Departamento de Administração e Finanças

DCA – Departamento de Controle e Avaliação

Depaid – Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Desenvolvimento de Pessoal

Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

JMPSP AM – Junta Médico Pericial do Sistema de Segurança Pública do Amazonas

LTS – Licença para Tratamento de Saúde

MJ – Ministério da Justiça

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização não Governamental

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

PNDH-3 – Programa Nacional de Direitos Humanos, versão 3

Pronasci – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos

Senasp – Secretaria Nacional de Segurança Pública

SSP – Secretaria de Estado da Segurança

Susp – Sistema Único de Segurança Pública

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos servidores da Polícia Civil, segundo características selecionadas. Estado do Amazonas – 2012.....	33
Tabela 2 – Distribuição dos servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde, por sexo, segundo grandes grupos de doenças. Estado do Amazonas – 2012.....	34
Tabela 3 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde classificados no grande grupo I, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012.....	36
Tabela 4 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde classificados no grande grupo II, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012.....	37
Tabela 5 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde classificados no grande grupo III, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012.....	38
Tabela 6 – Distribuição dos servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde, por sexo, segundo grupos de causas de doenças. Estado do Amazonas – 2012.....	39
Tabela 7 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram doenças psiquiátricas, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012.....	41
Tabela 8 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram doenças músculo-esqueléticas, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012.....	42
Tabela 9 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram doenças cardiovasculares, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012	43
Tabela 10 – Distribuição dos servidores da Polícia Civil que apresentaram doenças psiquiátricas, músculo-esqueléticas e cardiovasculares e taxas, segundo principais causas. Estado do Amazonas – 2012.....	44

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	11
2.	Justificativa e motivação	14
3.	Objetivos.....	17
3.1.	Objetivo geral.....	17
3.2.	Objetivos específicos.....	17
4.	Referencial teórico.....	18
4.1.	Aspectos biopsicossociais da atividade policial.....	18
4.2.	As condições de saúde no contexto policial.....	19
4.3.	Promoção da saúde, qualidade de vida no trabalho e valorização profissional no contexto da atividade policial.....	22
5.	Fonte de dados.....	26
6.	Métodos.....	30
7.	Resultados.....	32
8.	Discussão e conclusão.....	45
	Referências.....	47

1. Introdução

Compreender as políticas de segurança pública envolve a identificação de todos os atores sociais, incluindo, além daqueles que são afetados pelas falhas da segurança, os responsáveis pela aplicação do monopólio da violência estatal, ou seja, os trabalhadores da segurança pública. Assim, os agentes da segurança pública devem ser observados como trabalhadores dentro de um contexto específico de atuação, agindo conforme um conjunto determinado de fatos sociais (DURKHEIM, 1983). Trata-se de atores sociais que seguem as regras de um subsistema de atuação (o aparato de segurança pública, leis, regulações e sanções), que condicionam sua ação social, transformando-os, de acordo com Foucault (2007), em “corpos dóceis”, ou seja, um corpo que pode ser disciplinado, moldado, dominado, submetendo-se totalmente à ideologia da corporação na qual está inserido, de modo a não se importar com seu estado físico ou mental de saúde no cumprimento de suas tarefas.

Contudo, ao se transformarem em “corpos dóceis” e absorverem as regras de condutas típicas de seu espaço de trabalho, esses atores sociais ficam sujeitos aos desgastes inerentes ao exercício de sua função, os quais têm se tornado mais constantes em virtude do próprio contexto da sociedade brasileira e da precariedade do ambiente de trabalho do agente de segurança pública.

Segundo Balestreri (1998), o policial em sua labuta tem contato diário com os piores dramas da população, gerando no seu inconsciente um componente desequilibrado. Com a responsabilidade estatal e social de proteger a população, o policial se sente desamparado, sem ter quem dele possa cuidar.

A profissão de policial é uma das mais extenuantes, acarretando uma carga enorme de doença, com sequelas físicas e psicológicas (SOUZA; MINAYO, 2005). Esses problemas de saúde não resultam apenas do tipo de trabalho realizado, mas também da própria estrutura da corporação, baseada numa hierarquia e rigidez militarizadas (SOUZA et al., 2012).

Para Minayo et al. (2008), o setor da segurança pública carece de uma compreensão sob o enfoque epidemiológico, no sentido de garantir proteção aos seus profissionais no que se refere aos perigos acarretados pela falta de atenção à

saúde, a uma melhor qualidade de vida e à valorização profissional das suas atividades laborais.

Fica visível, portanto, o caráter precário do trabalho policial. Submetidos a uma rotina extremamente extenuante, esses profissionais tornam-se vulneráveis a toda sorte de doenças e transtornos psicossomáticos. Eles atuam sob a mais intensa pressão social e psicológica, em condições de trabalho muitas vezes não ideais e que podem acarretar adoecimentos e distanciamentos emocionais de seu meio envolvente como maneira de proteção (BRASIL, 2010).

O Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp), órgão responsável por contribuir para a qualificação, padronização e integração das ações executadas pelas instituições de segurança pública de todo o país, tendo como produto o Mapeamento dos Programas de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida realizado em 2008 nas instituições de segurança em todo o Brasil, editou a Instrução Normativa nº 01, em 26 de fevereiro de 2010, que trata da instituição do Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários.

O referido documento dispõe sobre as diretrizes desse projeto, visando fomentar, nas unidades federadas que aderirem voluntariamente, ações preventivas e integradas, de forma a prevenir adoecimentos e promover melhores condições de vida e de trabalho para os agentes de segurança pública.

Assim, conhecer as condições de saúde/doença dos policiais civis do Estado do Amazonas pode constituir elemento importante para implementação de ações de atenção à saúde, melhoria da qualidade de vida e valorização profissional desses agentes, avançando em direção a uma mudança de cultura institucional que respeite os direitos humanos de dentro da instituição policial, de forma a reduzir os riscos de morte e adoecimento no desempenho de suas funções.

Neste contexto, o presente estudo objetiva conhecer as principais causas do adoecimento dos policiais civis do Estado do Amazonas e as possíveis relações com suas atividades laborais, por meio da análise das principais patologias que originam as doenças responsáveis pelas licenças para tratamento de saúde (LTS) dos policiais civis do Amazonas, no período compreendido entre janeiro e dezembro de

2012. Trata-se de uma pesquisa descritiva de análise documental, com abordagem quantitativa, realizada a partir do mapeamento dos dados secundários das LTS, concedidas aos servidores públicos da Polícia Civil do Amazonas, vinculados à Secretaria de Estado da Segurança Pública (SSP).

Com base no levantamento bibliográfico, constataram-se poucas pesquisas em âmbito federal – e nenhuma no Estado do Amazonas – direcionadas aos processos de adoecimentos de policiais civis e conseqüentemente a ações que considerem a atenção à saúde, a qualidade de vida no trabalho e a valorização profissional na área da segurança pública. Espera-se que os resultados desse trabalho possam contribuir para a produção de conhecimento específico, bem como promover atenção integral ao direito fundamental à saúde do policial civil do Amazonas.

2. Justificativa e motivação

Pesquisar quais as doenças que levam os policiais civis do Amazonas ao afastamento de serviço é um estudo inédito na Polícia Civil do Estado. O estudo identifica as principais patologias que afetam a saúde desses trabalhadores, contribuindo para a implantação do Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários no Estado do Amazonas. Este programa foi criado no governo federal pelo Ministério da Justiça, via Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp), tendo como meta a redução do risco de morte e adoecimento do policial no desempenho de suas funções. Os elevados índices de doenças ocupacionais, licenças para tratamento de saúde, acidentes em serviço, mortalidade e afastamentos precoces da atividade, entre profissionais de segurança pública e agentes penitenciários, têm levado o governo federal a orientar os Estados para um novo modelo de gestão, no qual a concepção da organização do trabalho e a definição de sua estratégia de implementação são fundamentais para a melhoria das condições de vida dos profissionais da segurança pública.

Esse conhecimento contribui para o entendimento, por parte da administração pública, dos fatores que levam ao adoecimento dos policiais civis. Assim, será possível definir medidas de promoção e prevenção da saúde nos locais de trabalho, reduzindo taxas de absenteísmo e, conseqüentemente, os gastos públicos gerados em função das licenças para tratamento de saúde (LTS).

A motivação para estudar as causas de afastamento por adoecimentos de policiais civis do Amazonas decorre do fato de o autor dessa dissertação ser servidor de carreira no cargo de delegado de polícia classe especial, ocupando a função de diretor do Departamento de Controle e Avaliação (DCA), setor responsável pela avaliação e acompanhamento psicológico, social, médico e profissional dos servidores da Polícia Civil. Cabe a esse setor elaborar planos e metas que tornem eficazes a avaliação, o acompanhamento e o controle da atuação dos servidores da Polícia Civil, visando a valorização e a otimização dos recursos humanos e das relações interpessoais, no sentido de garantir melhor qualidade dos serviços prestados, bem como a melhoria do atendimento à sociedade,

estabelecendo qualidade de vida e bem-estar social de acordo com a Lei Delegada Estadual nº 87, de 18 de maio de 2007.

Em meados de 2012, o Departamento de Controle e Avaliação da Polícia Civil do Amazonas passou por um reordenamento institucional, a fim de se adequar à Instrução Normativa 01/2010 do Ministério da Justiça, que dispõe sobre o Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários.

Uma equipe multidisciplinar começou então a ser formada para trabalhar como suporte de apoio biopsicossocial, bem como nas atividades que visam a valorização dos servidores em suas funções laborais, no aconselhamento e orientação para os trâmites legais de licença médica e nos atendimentos médicos e psicológicos.

A parceria entre os setores da Polícia Civil, universidades, entidades privadas e ONGs é integralizada, com a finalidade de organizar e efetivar a execução de eventos e campanhas de prevenção de doenças e promoção de ações visando a qualidade de vida no trabalho.

O setor ambulatorial passou a ser composto por dois médicos, um responsável pela atenção básica à saúde, com a disponibilidade de consultas na área de clínica geral, encaminhamentos a especialistas quando necessários e solicitação de exames laboratoriais, e outro com atuação na área de saúde mental.

A equipe do setor de enfermagem é formada por duas enfermeiras e cinco estagiários, que realizam atendimentos de triagem, avaliação física e aferição de pressão arterial e diabetes, assim como acompanhamentos dos servidores portadores de hipertensão e diabetes. São ainda responsáveis por campanhas de vacinação e de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/Aids.

O trabalho desenvolvido pelo de setor de serviço social é realizado por duas assistentes sociais e cinco estagiários, que fazem visitas domiciliares e hospitalares, oferecendo apoio e orientação para requisição de licenças médicas e especiais, no processo de aposentadoria, na elaboração de relatórios e na prática de atividades que promovam integração biopsicossocial aos servidores. Além disso, eles atendem e acompanham os servidores e familiares nos trâmites legais em casos de óbitos.

Há ainda o setor de psicologia, composto por duas psicólogas, cinco estagiários extracurriculares e três curriculares, trabalhando em conjunto com os demais setores do DCA. Esses profissionais são responsáveis por atendimentos psicológicos emergenciais, acompanhamento psicoterapêutico, aplicação de testes psicológicos e elaboração e execução de eventos que visam a promoção de saúde e qualidade de vida dos servidores. O Departamento passou por toda esta estruturação de modo a cumprir com sua missão precípua no atendimento ao policial civil nos aspectos relacionados à melhoria da sua qualidade de vida e atenção à saúde.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Conhecer as principais causas de adoecimento que acarretam o absenteísmo dos policiais civis do Amazonas e suas possíveis relações com as condições de trabalho, por meio das LTS, no período de janeiro a dezembro de 2012.

3.2 Objetivos específicos

- Calcular o número absoluto e as taxas de policiais afastados por motivos de doença, com base nas informações contidas nas licenças de tratamento de saúde (LTS).
- Identificar os principais tipos de patologias, segundo grupos de causas e causas, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima revisão (CID-10).
- Relacionar os afastamentos por LTS com os perfis demográfico (sexo, idade) e ocupacional (cargo, tempo de serviço, escolaridade).

4 Referencial teórico

4.1 Aspectos biopsicossociais da atividade policial

É sabido que os profissionais de segurança pública atuam sob intensa pressão social e com condições laborais específicas, que ocasionalmente acarretam adoecimentos e uma espécie de distanciamento emocional de sua realidade, como forma de proteção. Portanto, o amparo biopsicossocial por parte das instituições e a atenção à saúde são fundamentais para o exercício pleno e eficiente de suas atividades.

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), organismo do sistema OMS – Organização Mundial de Saúde, corrobora com a afirmação anterior, ao ressaltar que os profissionais da área da segurança pública estão expostos a aspectos ligados à violência no trabalho, que podem acarretar problemas de saúde e sofrimento mental intrinsecamente relacionados à convivência com a agressividade e violência no seu cotidiano (BRASIL, 2001).

Como parte de uma política de valorização profissional da atividade policial, o Ministério da Justiça, por meio da Senasp, órgão responsável por contribuir para a qualificação, padronização e integração das ações executadas pelas instituições de segurança pública de todo o país, realizou em 2008 uma pesquisa nacional denominada de Mapeamento dos Programas de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida nas Instituições Estaduais de Segurança Pública (BRASIL, 2009a). Os dados foram coletados em 18 Estados (incluindo o Amazonas) das cinco regiões e no Distrito Federal. O objetivo principal do mapeamento foi identificar os projetos relacionados à qualidade de vida e saúde coletiva, bem como detectar a metodologia aplicada nos atendimentos e levantar as estruturas existentes com o intuito de subsidiar a elaboração de uma política nacional para o tema. Os resultados gerais indicaram que, entre as instituições visitadas, 96% possuíam algum tipo de ação de atenção à saúde do servidor, embora os resultados qualitativos indicassem inúmeras necessidades de aprimoramento e apoio para a efetividade das ações. Verificou-se que, em grande parte dos Estados, as ações voltadas à qualidade de vida no trabalho e atenção à saúde do policial precisavam de regulamentação, além da carência de recursos humanos e infraestrutura. Foi

apontada, ainda, a necessidade de avaliação do impacto e efeitos das intervenções realizadas.

Em agosto de 2009, foi realizada em Brasília-DF a 1ª Conferência Nacional de Segurança Pública para definir princípios e diretrizes da Política Nacional de Segurança Pública, visando a segurança como direito fundamental. Na oportunidade, foram contempladas, como tema de discussão, a valorização profissional e a otimização das condições de trabalho dos profissionais da segurança pública.

Este acompanhamento especializado da qualidade de vida no trabalho e atenção à saúde do policial também foi ressaltado no Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH-3), lançado em dezembro de 2009 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH), como uma das ações programáticas para promoção de direitos humanos para profissionais de segurança pública.

Visando a implementação, o desenvolvimento e a consolidação do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), desenvolvido pelo Ministério da Justiça, e a necessidade de aperfeiçoamento, no âmbito desse programa, das ações relacionadas à qualidade de vida dos profissionais de segurança pública e agentes penitenciários, o governo federal instituiu, no início do ano de 2010, o Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários.

4.2 As condições de saúde no contexto da atividade policial

Sem entrar no mérito conceitual dos termos saúde e doença, Limongi-França (2003) considera que o estado de saúde resulta do equilíbrio harmônico ou de desregulação nos seguintes campos: corpo (morfologia e filosofia das células, tecidos, órgãos e sistemas, incluindo o sistema nervoso central, como estrutura); mente (processos mentais ou atividade psíquica, níveis de processo cognitivos – funções intelectuais – e níveis de processos afetivos – funções integradas com a vida vegetativa); e meios externos (aspectos socioculturais e meios físicos). Assim,

uma pessoa poderia adoecer em função de inúmeros fatores internos e externos relacionados ao ambiente de trabalho.

Minayo et al. (2007) destacam que o policial, por lidar com o sentimento de insegurança, possui um estilo de vida diferenciado, no qual o exercício da atividade profissional invade sua vida social e pessoal. A atividade policial exige atenção, pois as ações são caracterizadas por forte tensão e pressão, expondo esses trabalhadores a situações de risco que requerem intenso preparo técnico, físico e psicológico. Mas são indivíduos com história pessoal, sentimentos e desejos.

A profissão de policial traz consigo uma peculiar característica, pois, mesmo que não esteja exercendo a atividade de trabalho, o policial não perde sua identidade profissional, sendo sempre visto como protetor da sociedade, incorporando esse papel social que lhe foi atribuído. Balestreri (1998) afirma que, do ponto de vista pessoal e para a sociedade, o agente de segurança deve ter orgulho de ser policial, o que só acontecerá após a compreensão do lugar existencial desta profissão. O trabalho policial é, no entanto, visto como essencialmente sujo e repugnante, o que desestimula os investimentos reflexivos e políticos na área da segurança, alimentando um ciclo no qual o policial se percebe cada vez mais estigmatizado pela sociedade (PIRES, 2009).

O policial está em constante contato com situações desencadeadoras de estresse, tais como assalto, confusão, tumulto, morte, exposição ao sofrimento alheio, homicídios, latrocínios, confronto cotidiano violento, investigação, troca de tiro, roubo, briga, violência, morte ou lesão grave de um companheiro de serviço, sequestros, longas jornadas de trabalho, frequente contato com o público, por vezes hostil à ação policial, exposição a perigos, rebeliões, recursos logísticos insuficientes e dificuldade de relacionamento interpessoal. Essa miríade de fatores exerce forte pressão sobre os policiais, desgastando-os e desencadeando um conjunto de doenças que geram reflexos sobre sua qualidade de vida e da própria sociedade (LIPP, 1996). Assim, é importante o entendimento dos fatores culturais, políticos e sociais em que o policial se encontra inserido (SPANIOL, 2005).

O trabalho do policial civil baseia-se em prescrições burocráticas e disciplinares bastante restritivas, o que diminui a possibilidade de intervenções do indivíduo sobre o próprio trabalho. Além disso, existe a precariedade do trabalho,

revelada pela falta de recursos materiais e humanos e políticas de segurança públicas ineficientes. Por isso, devem ser considerados o papel do modelo de organização da Polícia e as condições do trabalho que interferem na saúde e segurança desta população de trabalhadores (SPANIOL, 2005).

Em relação ao caráter histórico-social do processo saúde-doença, Laurrel (1982) pontua que a melhor forma de se comprovar empiricamente o caráter histórico da doença é conferida não pelo estudo de suas características biológicas nos indivíduos, mas sim pelo processo de construção social que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas sim no modo característico de adoecer e morrer. O fato de ter sido definido que o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo, e não apenas porque está socialmente determinado, permite afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos sem determinismos de um sobre outro.

O indivíduo não adoecer unicamente em função da existência de elementos nocivos no ambiente, mas por ser ou tornar-se sensível à ação desses agentes. A relação organismo-ambiente, como determinante no desenvolvimento da doença, indica a existência de interação entre diversos fatores na causalidade das doenças (LIMONGI-FRANÇA, 2003). Esses fatores podem atuar no nível individual, do trabalho e da própria sociedade. A pressão cotidiana em situações estressantes vai, aos poucos, minando a saúde, seja física ou psíquica. Esses acontecimentos acabam por afetar a vida emocional e afetiva do policial, aflorando características recorrentes no contexto policial, tais como agressividade, apatia, entre outras (ANDRADE; SOUZA, 2010). A organização do trabalho das Polícias Militar e Civil do Estado do Rio de Janeiro e as repercussões para a saúde de seus trabalhadores foram avaliadas em estudo realizado por Souza e Minayo (2005), no qual se observou uma elevada prevalência de doenças físicas e mentais.

A saúde dos agentes de segurança pública tem sido foco de intensos debates, haja vista que os índices de adoecimento e afastamento têm sido cada vez mais expressivos (SOUZA; MINAYO, 2013). O que ainda é pouco discutido é a forma como a instituição entende o sofrimento que envolve uma pessoa que se encontra limitado em relação às suas funções. Há ainda um enfoque sobre o

profissional, enquanto detentor de seus direitos e deveres, mas pouco se sabe acerca da efetividade das políticas públicas voltadas para a área de segurança pública. Quando se debate sobre saúde e doença no âmbito policial, é necessário pontuar que, nos últimos anos, o apoio institucional aos adoecidos tem tomado uma nova configuração.

A Senasp preconiza o Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários, que faz parte dos princípios e metas do Sistema Único de Segurança Pública (Susp), destacando-se entre eles a necessidade de modernização e valorização das Polícias, requalificando-as, aumentando a confiança da sociedade em geral e reduzindo o risco de vida a que os policiais estão submetidos (BRASIL, 2010). Enfatiza-se, ainda, que esses trabalhadores são cidadãos e, portanto, titulares dos direitos humanos e dos benefícios constitucionais correspondentes às suas funções.

Entre as referências descritas, pode-se incluir que a saúde do policial precisa ser avaliada de forma holística, de modo a compreender como sua inserção na sociedade impacta sua saúde. Não há como dissociar o pessoal e o profissional quando se trata de saúde e doença, sendo que a visão deve ser ampliada e tratada a partir de todos seus componentes sociais, físicos e mentais.

4.3 Promoção da saúde, qualidade de vida no trabalho e valorização profissional no contexto da atividade policial

Conforme visto, as questões da promoção da saúde não decorrem somente de fatores meramente individuais, mas também de manifestações e dimensões coletivas e preventivas. Para isso, é necessário que a questão da doença seja trabalhada de forma preventiva, haja vista todos os fatores externos e internos que influenciam no perfil do profissional de segurança pública. No tocante, quando se fala de doença, é fundamentalmente importante criar ações de saúde física, mental e qualidade de vida, promovendo, assim, o bem-estar coletivo e a valorização profissional.

Minayo e Souza (2003) advertem que essas ações que envolvem promoção da saúde, qualidade de vida e valorização profissional dos trabalhadores da

segurança pública devem representar acolhimento e visar seu bem-estar e direito ao suporte emocional, a fim de que possam desempenhar adequadamente suas funções. Isto realizado pode trazer o reconhecimento do trabalho policial e fazer com que o policial tenha maior motivação e, assim, enfrente o estresse que sua função exige. Para Mendes (2003), esta estratégia avança no sentido de se pensar a promoção da saúde do coletivo de trabalhadores e não apenas daqueles que adoecem. Indo além da concepção da medicina do trabalho, ou mesmo da saúde ocupacional, essa nova vertente teórica centra-se no social para encontrar os determinantes das condições de saúde.

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a Carta de Ottawa (1986), que se tornou um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo. Segundo essa carta, a promoção da saúde refere-se ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, procurando atingir um bem-estar global. Subjacente a esse conceito, o documento assume que a saúde não deve ser entendida como tendo um objetivo em si, mas como um recurso fundamental da vida cotidiana.

Percebe-se que a nova visão da segurança pública requer uma introjeção no aparato fundamental do direito ao cidadão profissional de segurança pública. Os caminhos conduzem à adoção de um modelo prevencionista/participativo de todos os envolvidos nesse processo, inclusive dos próprios gestores, resgatando assim a cidadania de pessoas desassistidas pela instituição.

Desta maneira, já é chegada a hora de analisar com rigor intelectual a categoria policial, ampliando discussões acerca de profissionais que estejam sendo cuidados e aprofundando reflexões sobre a criação de políticas voltadas à saúde do

profissional de segurança pública. É necessário que os gestores, bem como todos os profissionais de segurança pública, atentem para a necessidade de um cuidado permeado pela eminência do adoecimento físico e psíquico vivenciado em suas funções laborais.

Em seu artigo 2º, a Instrução Normativa n. 01/2010 (BRASIL, 2010), que instituiu o Projeto Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública e Agentes Penitenciários, preceitua que a promoção da qualidade de vida no trabalho compreende “ações integradas no âmbito da organização e das relações socioprofissionais que visam à promoção do bem estar, saúde, desenvolvimento pessoal, exercício da cidadania e valorização dos profissionais, não se referindo apenas à ausência de doenças relacionadas ao trabalho”. Ainda segundo essa Instrução Normativa, o modelo biopsicossocial deve considerar a “compreensão da saúde e da doença à luz das interações entre as dimensões biológica, psicológica e social, com vistas a compatibilizar de forma sistêmica as abordagens médica, psicológica e social”.

Na literatura científica, as definições do que vem a ser qualidade de vida no trabalho são amplas e desafiadoras. Walton (1973) enfatiza que a qualidade de vida no trabalho deve ter como meta gerar uma organização mais humanizada a partir do oferecimento, ao trabalhador, de maior autonomia na realização de suas tarefas, maior responsabilidade, enriquecimento de seu cargo com tarefas simples e complexas, fornecimento de avaliação em relação ao desempenho e desenvolvimento pessoal. Nessa mesma linha de raciocínio, Bergeron (1982, apud ARELLANO, 2008) sugere que a qualidade de vida no trabalho perpassa métodos participativos nas relações de trabalho, os quais promovem satisfação e aumento de produtividade. Assim, melhorias no ambiente de trabalho só podem ser atingidas por meio do reconhecimento da dimensão biopsicossocial da pessoa.

Na maioria das organizações públicas e privadas, observa-se que, ainda hoje, a qualidade de vida no trabalho compreende ações paliativas, aleatórias ou reativas às exigências de responsabilidade civil e criminal. No entanto, especificamente no âmbito da gestão de pessoas, há programas e estudos sobre a fadiga física e mental, tradicional tema da ergonomia. Segundo Rossi, Quick e Perrewé (2009), na dimensão da atenção ao empregado, existem esforços

gerenciais para entender a moral do grupo de trabalho, os problemas de desmotivação e, mais recentemente, os programas sobre balanço entre a vida pessoal e a profissional.

O processo de valorização do trabalho do policial deve passar pela seleção dos melhores talentos e mantê-los sempre motivados. Para que isso ocorra, é necessário que a instituição entenda que, por trás da execução de um trabalho bem feito, existe um ser humano que precisa de reconhecimento, da certeza do caminho a seguir para que ele possa responder adequadamente.

No que tange a corporação policial, levar em conta este processo é difícil, pois trata-se de uma instituição composta por elevado número de servidores e uma hierarquia definida com um estatuto e definições bastante rígidas. Os setores empresariais progressistas utilizam certos instrumentos para manter os trabalhadores motivados, tais como concursos internos, prêmios e recompensas para os mais destacados. Isso pode ser difícil de implantar na corporação policial, pois não são medidas que podem abranger a totalidade de funções da corporação policial.

É preciso pensar em maneiras de valorização do trabalhador da segurança pública que englobem as especificidades do seu trabalho, caracterizando-se, portanto, como uma intervenção complexa e peculiar, que abranja a totalidade do universo onde o policial está inserido.

Pode-se pensar, por exemplo, em ações direcionadas para a segurança de vida dos policiais e de suas famílias. Para tanto, é necessário que exista uma valorização da expressão e subjetividade de cada um dos servidores. As soluções de valorização profissional têm que surgir de dentro, assim como deve haver uma avaliação externa de tempos em tempos do processo de valorização.

É preciso investir em *marketing* social bem pensado, de modo a valorizar o trabalho do policial diante da sociedade e dar toda segurança possível para que ele exerça sua profissão (SOUZA et al., 2012).

5 Fontes de dados

A população de estudo é composta por policiais civis ativos do Estado do Amazonas, integrantes do quadro da Polícia Civil, vinculada à Secretaria de Estado da Segurança Pública, afastados por licença para tratamento de saúde (LTS), no período de janeiro a dezembro de 2012.

As LTS estão legalmente previstas no estatuto que rege os policiais civis do Amazonas (Lei 2271/94). Portanto, este benefício é assegurado ao servidor efetivo que, por motivo de doença, esteja temporariamente incapacitado de comparecer ao local de trabalho, desde que comprovado mediante inspeção médica. Ressalta-se que a licença médica de um a três dias necessita de vistoria pela JMP-SSP-AM, enquanto aquela superior a três dias depende de inspeção médica oficial.

O quantitativo de dias que o servidor ficará afastado é determinado pela inspeção médica (Portaria 001/96 SSP-AM). O levantamento das informações referentes aos afastamentos por LTS foi realizado tendo como base as planilhas geradas na Junta Médico Pericial do Sistema de Segurança Pública do Estado do Amazonas, enviadas mensalmente ao Departamento de Controle e Avaliação da Polícia Civil do Amazonas, bem como nos prontuários com dados sobre saúde dos policiais civis licenciados pela JMP-SSP-AM. Nas planilhas em Excel disponibilizadas pela JMP-SSP, não havia informações sobre um conjunto de características consideradas essenciais para o desenvolvimento desse estudo, tais como matrícula do servidor, sexo, data de nascimento, escolaridade, ano de ingresso na carreira policial e, principalmente, o diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID-10). Essas informações foram coletadas, para todos os pacientes licenciados entre janeiro e dezembro de 2012, junto à Gerência de Pessoal do Departamento de Administração e Finanças da Polícia Civil.

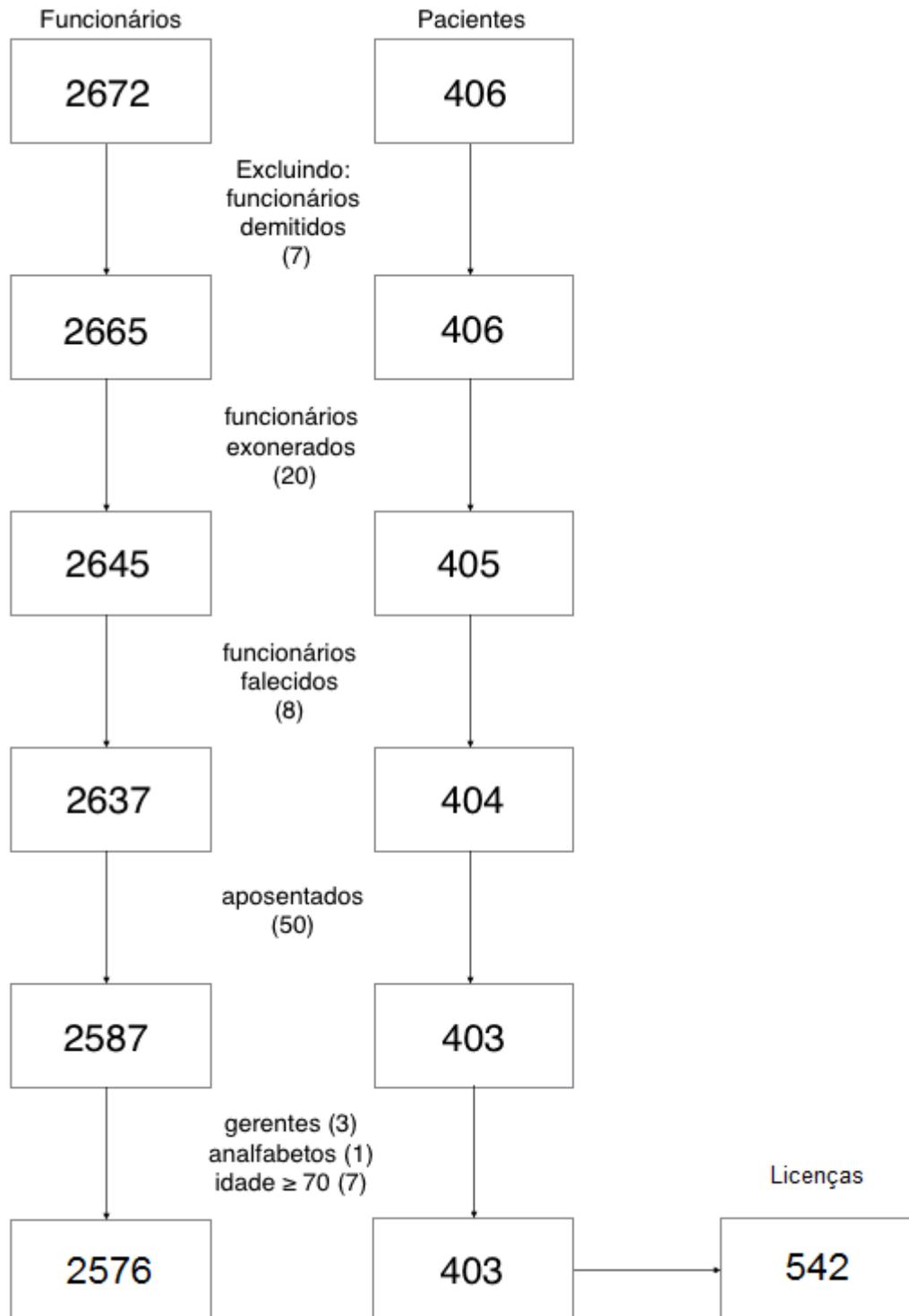
Cabe ressaltar que foram observados alguns critérios para inclusão dos servidores com LTS no levantamento quantitativo. Em relação ao vínculo empregatício, foram incluídos os servidores públicos de carreira tanto policial quanto administrativa, pertencentes ao quadro efetivo da Polícia Civil do Amazonas. Assim, foram excluídos os estagiários, os terceirizados e as pessoas em cargos de confiança que não pertenciam ao quadro da Polícia. A base de dados referente aos

servidores atendidos na junta médico-pericial da Secretaria de Segurança Pública do Amazonas, em 2012, foi composta por 1.068 consultas que geraram algum tipo de doença. As informações foram avaliadas quanto à qualidade das observações. Como o foco do estudo está voltado para o perfil de saúde dos servidores, excluíram-se: 10 observações cujo código CID-10 não estava devidamente preenchido; 145 observações cujo código da CID iniciava-se com a letra Z e estava associado a exames de rotina, acompanhamento de membros familiares, acompanhamento de gestantes – foram mantidos apenas os casos de convalescência de cirurgia; 17 observações com diagnósticos mal definidos; 136 observações com tempo de licença igual a um dia; e 232 casos com o mesmo diagnóstico. Ao final desse processo, a base de dados de servidores licenciados foi composta por 566 consultas de 406 pacientes, que geraram 542 diagnósticos.

A base de dados de pessoas expostas foi composta por 2.672 servidores ativos em 01 de janeiro de 2012. Tendo em vista que não tivemos acesso às informações de servidores que ingressaram na Polícia em 2012 e, portanto, ficaram expostos ao risco de adoecer apenas por uma fração do ano, decidiu-se pela exclusão de todos aqueles que não ficaram expostos durante todo o ano de 2012, ou seja, os demitidos, exonerados, falecidos e aposentados naquele ano. Foram excluídos, ainda, 11 casos de servidores cujo nível educacional foi registrado como analfabeto, três casos de cargos comissionados e sete casos de servidores com idade igual ou superior a 70 anos. A Figura 1 mostra o impacto dessas perdas na base de dados dos servidores e pacientes. Note-se que, dos 96 servidores excluídos, apenas três fizeram pelo menos uma consulta.

Foram então incluídas as informações sobre os indivíduos elegíveis: matrícula do servidor; sexo; data de nascimento; escolaridade; ingresso na carreira policial; função/cargo; período da licença; número de dias de licença; e diagnóstico da doença segundo a CID-10.

Figura 1 – Organograma dos casos de exclusão de observações da base de dados de servidores e pacientes Estado do Amazonas – 2012.



Fonte: Departamento de Administração e Finanças – DAF/Gerencia de Pessoal e Departamento de Controle e Avaliação – DCA/PC-AM.

Alguns pacientes apresentaram até três diagnósticos em uma única consulta. Assim, considerando-se essas consultas, 609 registros de diagnósticos foram observados, sendo 542 referentes a doenças e 67 a casos de convalescência de cirurgia.

6 Método

As causas de licença foram inicialmente agrupadas em três grandes grupos (GG) da CID-10:

- I. Doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais;
- II. Doenças não transmissíveis;
- III. Causas externas.

Para se ter uma dimensão dos problemas de saúde que acarretaram a realização cirurgia, inicialmente, foi considerada uma quarta categoria formada por casos de convalescência de cirurgia.

Os grandes grupos foram divididos em 22 subgrupos de doenças e agravos (Quadro 1) e as causas específicas classificadas em 100 categorias.

Quadro 1 – Grandes grupos e grupos de doenças avaliadas no estudo de carga global de doenças

Grandes grupos	Subgrupos
Grupo I	I.A. Infecciosas e parasitárias
	I.B. Infecções respiratórias
	I.C. Condições maternas
	I.D. Condições do período perinatal
	I.E. Deficiências nutricionais
Grupo II	II.A. Câncer
	II.B. Neoplasias benignas
	II.C. Diabetes mellitus
	II.D. Doenças endócrinas e metabólicas
	II.E. Doenças neurológicas
	II.F. Doenças psiquiátricas
	II.G. Desordens dos órgãos dos sentidos
	II.H. Doenças cardiovasculares
	II.I. Doenças respiratórias crônicas
	II.J. Doenças do aparelho digestivo
	II.K. Doenças geniturinárias
	II.L. Doenças de pele
	II.M. Doenças músculo-esqueléticas
	II.N. Anomalias congênitas
II.O. Condições orais	
Grupo III	III.A. Causas externas de baixa gravidade
	III.B. Causas externas de alta gravidade

Fonte: Murray e Lopez (1996).

Posteriormente, foram calculadas as taxas de ocorrência para os grandes grupos e grupos de doenças, segundo as seguintes categorias características dos profissionais: idade; sexo e função/cargo; nível educacional; e tempo de serviço.

Razões de taxas para cada característica foram calculadas utilizando o modelo de Poisson. A avaliação da significância estatística das razões de taxas foi realizada por meio do cálculo de intervalos de confiança de 95% (ALLISON, 1999).

As análises foram desenvolvidas utilizando o *software* “Statistical Analysis System” – SAS (SAS Institute Inc., 2011).

Resultados

Na Tabela 1 encontra-se a distribuição da população de servidores da Polícia Civil ativos em 2012, segundo um conjunto de características. A maioria da população era composta por servidores do sexo masculino (67,1%), com idade entre 30 e 44 anos (47,4%) e com nível superior (57,1%). A maior proporção de servidores correspondia a investigadores (55,3%) e a menor referia-se a peritos (7,1%). Quanto ao tempo de serviço, aproximadamente 67% estavam trabalhando na Polícia Civil há menos de dez anos. Já em relação aos problemas de saúde, quase 16% apresentaram pelo menos um problema em 2012.

**Tabela 1 - Distribuição dos servidores da Polícia Civil, segundo características selecionadas.
Estado do Amazonas – 2012**

Variáveis	População	%
Sexo	2.576	100,0
Mulheres	848	32,92
Homens	1.728	67,08
Idade	2.576	100,0
Até 29 anos	373	14,48
30-44 anos	1.221	47,40
45-59 anos	864	33,54
60 anos e mais	118	4,58
Cargo	2.576	100,0
Administrativo	291	11,30
Delegado	264	10,25
Escrivão	414	16,07
Investigador	1.425	55,32
Perito	182	7,07
Escolaridade	2.576	100,0
Fundamental/médio incompleto	234	9,08
Médio	872	33,85
Superior	1.470	57,07
Tempo de serviço	2.576	100,0
0-4 anos	941	36,53
5-9 anos	786	30,51
10-14 anos	541	21,00
15-19 anos	308	11,96
Problemas de saúde	2.576	100,0
Não	2.173	84,36
Sim	403	15,64

Fonte: Departamento de Administração e Finanças – DAF / Gerência de Pessoal e Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos servidores que apresentaram problemas de saúde em 2012, segundo os grandes grupos de doença. Conforme pode ser visto, na primeira parte da tabela, foram incluídos os casos de atendimento de servidores convalescentes de alguma cirurgia, grande grupo IV, representando 11% dos casos.

Tabela 2 – Distribuição dos servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde, por sexo, segundo grandes grupos de doenças. Estado do Amazonas – 2012

Grandes grupos	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total (1)	306	100,00	303	100,00	609	100,00
I	43	14,05	55	18,15	98	16,09
II	194	63,40	195	64,36	389	63,88
III	41	13,40	14	4,62	55	9,03
IV	28	9,15	39	12,87	67	11,00
Total (2)	278	100,00	264	100,00	542	100,00
I	43	15,47	55	20,83	98	18,08
II	194	69,78	195	73,86	389	71,77
III	41	14,75	14	5,30	55	10,15

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

(1) Incluindo grupo IV formado por pacientes convalescentes de cirurgia.

(2) Excluindo pacientes classificados no grupo IV.

As causas do grande grupo II referente às doenças não-transmissíveis foram as mais incidentes, respondendo por 64% do total de doenças registradas em 2012. Esse patamar foi muito semelhante para ambos os sexos dos servidores: 63,4% entre os homens e 64,4% entre as mulheres. No grande grupo I (doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais), a maior proporção foi observada entre as mulheres (18,2%). Por outro lado, no grupo III das causas externas, a ocorrência entre os homens (13,4%) foi quase duas vezes maior do que aquela verificada para as mulheres (4,6%). Quando se excluem os casos referentes a pacientes convalescendo de cirurgias, todos os percentuais dos três grandes grupos aumentam. Assim, a proporção de pacientes acometidos por doenças do grande grupo II atingiu 70% entre os homens e 74% entre as mulheres.

Embora sejam indicadores importantes, as proporções não dão a dimensão do risco de ocorrência da doença na população pesquisada. Tomando-se como exemplo o grande grupo II, verifica-se que o número de ocorrências entre homens e mulheres é semelhante, mas o número de homens na população é bem maior do que o de mulheres, indicando assim que o risco de acometimento desse grupo de doença é menor entre os homens. Assim, para estimar o risco de ocorrência das

doenças mais fidedignamente, taxas para cada um dos três grandes grupos, segundo as características da população, são apresentadas nas Tabelas 3, 4 e 5.

Na Tabela 3 encontram-se as taxas de ocorrência de doenças do grande grupo I, razões de taxas (RT) e os seus respectivos intervalos de confiança no nível de 95% (95% IC), segundo as características da população. A taxa de ocorrência de doenças desse grupo, entre as mulheres, foi aproximadamente 2,6 vezes superior àquela observada entre os homens (RT=2,61; 95% IC: 1,75-3,68).

Taxas bem mais elevadas de ocorrência de doenças do grande grupo I foram observadas entre servidores com idades abaixo de 45 anos, mas estas não se mostraram estatisticamente significativas no nível de 5%. Também não foram estatisticamente significativas as taxas mais baixas encontradas entre servidores com idades entre 45 e 59 anos.

O cargo dos servidores também não se mostrou associado com a ocorrência de doenças do grande grupo I, embora taxas mais elevadas tenham sido observadas entre delegados (RT=1,63; 95% IC: 0,93-2,85) e escrivães (RT=1,43; 95% IC: 0,87-2,35), quando comparados aos investigadores.

Servidores com nível superior apresentaram maiores taxas de ocorrência de doenças do grande grupo I (RT=1,88; 95% IC: 1,21-2,91) em relação àqueles que não possuíam nível superior. Não se verificou associação entre o tempo de serviço dos trabalhadores da Polícia Civil e a ocorrência de doenças neste grande grupo.

Tabela 3 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde classificados no grande grupo I, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características.

Estado do Amazonas – 2012

Características	Número	Taxas (%)	Razão de taxas	IC 95%
Sexo				
Mulheres	55	64,86	2,61	1,75-3,88
Homens	43	24,88	1,00	-
Idade				
Até 29 anos	21	56,30	2,21	0,66-7,42
30-44 anos	63	51,60	2,03	0,64-6,46
45-59 anos	11	12,73	0,51	0,14-1,79
60 anos e mais	3	25,42	1,00	-
Cargo				
Administrativo	1	3,44	0,06	0,01-0,43
Delegado	16	60,61	1,63	0,93-2,85
Escrivão	22	53,14	1,43	0,87-2,35
Investigador	53	37,19	1,00	-
Perito	6	32,97	0,89	0,38-2,06
Escolaridade				
Fundamental/médio	28	25,32	1,00	1,00
Superior	70	47,62	1,88	1,21-2,91
Tempo de serviço				
0-4 anos	41	43,57	1,34	0,67-2,68
5-9 anos	24	30,53	0,94	0,45-1,97
10-14 anos	23	42,51	1,31	0,62-2,75
15-19 anos	10	32,47	1,00	1,00

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

Quanto às associações avaliadas em relação ao grande grupo II (Tabela 4), observou-se que a taxa entre as mulheres foi 100% maior do que a dos homens (RT=2,05; IC 95%: 1,68-2,50). A variável idade e nível educacional não se mostraram estatisticamente associadas com o acometimento das doenças não transmissíveis. Já no que se refere ao tempo de serviço, os resultados indicam que servidores com menos de 15 anos de serviço apresentaram taxas em torno de 60% mais baixas do que as de servidores com 15 anos ou mais de serviço. A taxa de acometimento de doenças crônicas entre os delegados foi 77% superior àquela

observada entre os investigadores (RT=1,77; IC 95%: 1,34-2,35). Os escrivães também registraram taxas em torno de 27% mais elevadas do que as dos investigadores, mas com significância limítrofe (valor-p=).

**Tabela 4 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde classificados no grande grupo II, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características.
Estado do Amazonas – 2012**

Características	Número	Taxas (%)	Razão de taxas	IC 95%
Sexo				
Mulheres	195	229,95	2,05	1,68-2,50
Homens	194	112,27	1,00	-
Idade				
Até 29 anos	51	136,73	0,70	0,43-1,15
30-44 anos	175	143,33	0,74	0,48-1,14
45-59 anos	140	162,04	0,83	0,53-1,29
60 anos e mais	23	194,92	1,00	-
Cargo				
Administrativo	37	127,15	0,93	0,65-1,32
Delegado	64	242,42	1,77	1,34-2,35
Escrivão	72	173,91	1,27	0,97-1,67
Investigador	195	136,84	1,00	-
Perito	21	115,38	0,84	0,54-1,32
Escolaridade				
Fundamental/médio	150	136,62	1,00	-
Superior	239	162,59	1,19	0,98-1,47
Tempo de serviço				
0-4 anos	114	121,15	0,36	0,28-0,48
5-9 anos	103	131,04	0,40	0,30-0,52
10-14 anos	71	131,24	0,40	0,30-0,54
15-19 anos	101	327,92	1,00	-

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

Em relação às causas externas (grande grupo III), apenas a variável nível educacional mostrou-se estatisticamente significativa (Tabela 5). Servidores de nível

superior apresentaram taxa 83% (RT=1,83; IC 95%) maior do que os servidores que não possuíam nível superior.

**Tabela 5 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde classificados no grande grupo III, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características.
Estado do Amazonas – 2012**

Características	Número	Taxa	Razão de Taxa	IC 95%
Sexo				
Mulheres	14	16,51	0,70	0,38-1,28
Homens	41	23,73	1,00	-
Idade				
Até 29 anos	12	32,17	3,80	0,49-29,19
30-44 anos	28	22,93	2,71	0,37-19,89
45-59 anos	14	16,20	1,91	0,25-14,54
60 anos	1	8,47	1,00	-
Cargo				
Administrativo	4	13,75	0,61	0,22-1,73
Delegado	9	34,09	1,52	0,72-3,18
Escrivão	3	7,25	0,32	0,10-1,05
Investigador	32	22,46	1,00	-
Perito	7	38,46	1,71	0,76-3,88
Escolaridade				
Fundamental/médio	16	14,47	1,00	-
Superior	39	26,53	1,83	1,02-3,22
Tempo de serviço				
0-4 anos	19	20,19	0,69	0,31-1,53
5-9 anos	14	17,81	0,61	0,26-1,41
10-14 anos	13	24,03	0,82	0,35-1,92
15-19 anos	9	29,22	1,00	-

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde em 2012, segundo a ordem decrescente os grupos de causas. Para o total dos servidores, os três principais grupos de causas na população total, representando quase 40% dos casos registrados, foram:

doenças psiquiátricas (14,4%); doenças músculo-esqueléticas (13,5%); e doenças cardiovasculares (10,3%). Essas também foram as três principais causas entre as mulheres. Para os homens, a terceira posição foi ocupada pelas causas externas de baixa gravidade, que ficaram na quarta colocação em ambos os sexos (9,4%) e na oitava entre as mulheres. A quinta posição foi ocupada pelas infecções respiratórias (7,4%), seguidas pelas desordens dos órgãos dos sentidos (7,0%), grupo que inclui doenças oftalmológicas e de audição. Entre as mulheres merecem destaque as condições maternas, com 8,7%.

Tabela 6 – Distribuição dos servidores da Polícia Civil que apresentaram problemas de saúde, por sexo, segundo grupos de causas de doenças. Estado do Amazonas – 2012

Grupos de Doenças	Mulheres		Homens		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Doenças psiquiátricas	39	14,77	39	14,03	78	14,39
Doenças músculo-esqueléticas	34	12,88	39	14,03	73	13,47
Doenças cardiovasculares	24	9,09	32	11,51	56	10,33
Causas externas de baixa gravidade	14	5,30	37	13,31	51	9,41
Infecções respiratórias	19	7,20	21	7,55	40	7,38
Desordens dos órgãos dos sentidos	16	6,06	22	7,91	38	7,01
Infeciosas e parasitárias	13	4,92	20	7,19	33	6,09
Doenças do aparelho digestivo	12	4,55	19	6,83	31	5,72
Doenças gênito-urinárias	21	7,95	5	1,80	26	4,80
Condições maternas	23	8,71	0	0,00	23	4,24
Condições orais	13	4,92	10	3,60	23	4,24
Doenças neurológicas	8	3,03	11	3,96	19	3,51
Diabetes mellitus	6	2,27	7	2,52	13	2,40
Doenças respiratórias crônicas	5	1,89	5	1,80	10	1,85
Câncer	7	2,65	2	0,72	9	1,66
Doenças endócrinas e metabólicas	5	1,89	0	0,00	5	0,92
Doenças da pele	1	0,38	3	1,08	4	0,74
Neoplasias benignas	3	1,14	0	0,00	3	0,55
Anomalias congênitas	1	0,38	2	0,72	3	0,55
Causas externas de alta gravidade	0	0,00	4	1,44	4	0,74
Total	264	100,00	278	100,00	542	100,00

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

As Tabelas 7, 8 e 9 trazem o número de casos, as taxas, as razões de taxas e seus respectivos intervalos de confiança para os três principais grupos de doença, segundo as características selecionadas. As variáveis idade e nível educacional não

se mostraram associadas com as taxas de ocorrência de doenças psiquiátricas. As mulheres registraram taxa de acometimento por doenças psiquiátricas 100% maior do que a dos homens (RT=2,04; IC 95%: 1,31-3,18). Servidores com menos de 15 anos de serviço apresentaram taxas menores do que aqueles com 15 anos ou mais de serviço. Em relação ao cargo, somente os delegados tiveram taxas mais elevadas e estatisticamente significativas quando comparadas àquelas observadas entre os investigadores. A taxa de acometimento das doenças psiquiátricas entre os delegados foi cerca de 90% (RT=1,89; IC 95%: 1,03-3,47) superior à dos investigadores. Embora não sendo estatisticamente significativa, a taxa de ocorrência das doenças psiquiátricas também foi maior entre os escrivães, com razão de chance de 1,47.

Tabela 7 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram doenças psiquiátricas, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012

Características	Número	Taxa	Razão de Taxa	IC 95%
Sexo				
Mulheres	39	45,99	2,04	1,31 – 3,18
Homens	39	22,57	1,00	-
Idade				
Até 29 anos	7	18,77	2,21	0,27 – 18,00
30-44 anos	43	35,22	4,15	0,57 – 30,18
45-59 anos	27	31,25	3,69	0,50 – 27,13
60 anos e mais	1	8,47	1,00	-
Cargo				
Administrativo	5	17,18	0,61	0,24 – 1,55
Delegado	14	53,03	1,89	1,03 – 3,47
Escrivão	17	41,06	1,46	0,83 – 2,58
Investigador	40	28,07	1,00	-
Perito	2	10,99	0,39	0,09 – 1,62
Escolaridade				
Fundamental/médio	32	28,93	1,08	0,69 – 1,70
Superior	46	31,29	1,00	-
Tempo de serviço				
0-4 anos	19	20,19	0,27	0,14 – 0,50
5-9 anos	18	22,90	0,31	0,16 – 0,57
10-14 anos	18	33,27	0,44	0,24 – 0,82
15-19 anos	23	74,68	1,00	-

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

As mesmas três variáveis se mostraram estatisticamente significativas em suas associações com a taxa de ocorrência de doenças músculo-esqueléticas: sexo, cargo e tempo de serviço, com efeitos também semelhantes. Merece destaque, contudo, o fato de que, embora servidores com menos de 15 anos tenham apresentado menores taxas de doenças músculo-esqueléticas, essas só foram estatisticamente significativas para os profissionais com menos de cinco anos de serviço (RT=0,37; IC 95%: 0,19-0,72).

Tabela 8 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram doenças músculo-esqueléticas, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012

Características	Número	Taxa	Razão de Taxa	IC 95%
Sexo				
Mulheres	34	40,09	1,77	1,12 – 2,81
Homens	39	22,57	1,00	-
Idade				
Até 29 anos	8	21,45	1,27	0,27 – 5,96
30-44 anos	34	27,85	1,64	0,39 – 6,83
45-59 anos	29	33,56	1,98	0,47 – 8,30
60 anos e mais	2	16,95	1,00	-
Cargo				
Administrativo	9	30,93	1,33	0,64 – 2,79
Delegado	13	49,24	2,12	1,12 – 4,02
Escrivão	14	33,82	1,46	0,78 – 2,73
Investigador	33	23,16	1,00	-
Perito	4	21,98	0,95	0,32 – 1,08
Escolaridade				
Fundamental/médio	27	24,41	1,00	-
Superior	46	31,29	1,28	0,80 – 2,06
Tempo de serviço				
0-4 anos	18	19,13	0,37	0,19 – 0,72
5-9 anos	24	30,53	0,59	0,31 – 1,11
10-14 anos	15	27,73	0,53	0,32 – 1,08
15-19 anos	16	51,95	1,00	-

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

Em relação às doenças cardiovasculares, observaram-se taxas mais baixas entre os servidores com curso superior. Verificou-se, também, uma relação direta entre a taxa de doenças cardiovasculares e a idade e tempo de serviço dos servidores. Quanto maiores a idade e o tempo de serviço, maior a chance de ocorrência de doenças cardiovasculares. Ainda que mais elevada, a taxa de

doenças cardiovasculares entre mulheres não se mostrou estatisticamente significativa.

Tabela 9 – Servidores da Polícia Civil que apresentaram doenças cardiovasculares, taxas de ocorrência e razão de taxas, segundo características. Estado do Amazonas – 2012

Características	Número	Taxa	Razão de Taxa	IC 95%
Sexo				
Mulheres	24	28,30	1,53	0,90 – 2,59
Homens	32	18,52	1,00	-
Idade				
Até 29 anos	4	10,72	0,14	0,04 – 0,21
30-44 anos	19	15,56	0,20	0,09 – 0,45
45-59 anos	24	27,78	0,36	0,17 – 0,78
60 anos e mais	9	76,27	1,00	-
Cargo				
Administrativo	8	27,49	1,35	0,62 – 2,96
Delegado	8	30,30	1,49	0,68 – 3,26
Escrivão	7	16,91	0,83	0,36 – 1,90
Investigador	29	20,35	1,00	-
Perito	4	21,98	1,08	0,38 – 3,07
Escolaridade				
Fundamental/médio	32	28,93	0,56	0,33 – 0,96
Superior	24	16,33	1,00	-
Tempo de serviço				
0-4 anos	7	7,44	0,09	0,04 – 0,21
5-9 anos	12	15,27	0,19	0,09 – 0,37
10-14 anos	12	22,18	0,27	0,14 – 0,54
15-19 anos	25	81,17	1,00	-

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

Na Tabela 10, encontram-se as principais causas de doenças para os três principais grupos. Entre as psiquiátricas, a principal causa foi a depressão, com 30,8% dos casos, seguida pelo estresse pós-traumático, transtorno do pânico e transtorno bipolar, cada uma representando 11,5% dos casos. Em relação às

doenças músculo-esqueléticas, merece destaque a lombalgia, representando quase 40% de todos os casos. Por fim, entre as doenças cardiovasculares, a doença hipertensiva apareceu como a mais incidente, com 43% dos casos.

Tabela 10 – Distribuição dos servidores da Polícia Civil que apresentaram doenças psiquiátricas, músculo-esqueléticas e cardiovasculares e taxas, segundo principais causas.

Estado do Amazonas – 2012

Doenças e principais causas	Número	%	Taxas (%)
Doenças psiquiátricas	78	100,0	30,3
Depressão	24	30,8	9,3
Estresse pós-traumático	9	11,5	3,5
Transtorno do pânico	9	11,5	3,5
Transtorno bipolar	9	11,5	3,5
Outras	27	34,7	10,5
Doenças músculo-esqueléticas	73	100,0	28,3
Lombalgia	28	38,4	10,8
Outras	45	61,6	17,5
Doenças cardiovasculares	56	100,0	21,7
Doença hipertensiva	24	42,9	9,3
Doença isquêmica do coração	7	12,5	2,7
Acidente vascular cerebral	5	8,9	1,9
Outras	20	35,7	7,8

Fonte: Departamento de Controle e Avaliação – DCA / PC – AM.

Discussão e conclusão

Nos últimos anos houve um aumento significativo no número de publicações de estudos a respeito da organização do trabalho e seus reflexos sobre a saúde dos trabalhadores. Nesse contexto, ênfase tem sido dada ao papel do estresse relacionado ao trabalho, cujos elevados índices geralmente estão associados à intensa demanda e ao baixo controle sobre as atividades exercidas. Um conjunto de doenças tem sido associado com o estresse: doenças cardiovasculares, com destaque para a hipertensão; depressão; distúrbios metabólicos; dependência de álcool; e doenças músculo-esqueléticas (PROTECTING WORKERS, 2007). Há um consenso de que os policiais constituem uma categoria profissional sob grande risco de estresse, não somente pelo desequilíbrio entre demanda e controle no exercício das suas funções, mas também pelo controle exercido pela sociedade, que espera uma atuação policial em conformidade com os seus desejos (BAYLEY, 2001).

No Brasil não existem estudos sobre a ocorrência de doenças entre servidores da Polícia Civil. Minayo e Souza (2005) estudaram a vitimização de policiais civis do Rio de Janeiro, mas não há informação sobre o padrão de adoecimento desses profissionais. No presente trabalho, taxas de ocorrência de doenças foram calculadas para os servidores da Polícia Civil do Estado do Amazonas. Em consonância com estudos sobre a morbidade do Brasil, o grande grupo das doenças crônicas e o grupo das doenças psiquiátricas foram os mais incidentes (SCHRAMM et al., 2004; LEITE et al., 2013). Além disso, a depressão apareceu como a principal doença entre os servidores da Polícia Civil. Cabe destacar que as doenças músculo-esqueléticas constituíram o segundo principal grupo, tendo a lombalgia como a principal doença. De acordo com estudo de carga global de doença, a lombalgia é a principal causa de incapacidade no mundo (VOS et al., 2013).

Verificaram-se importantes diferenciais por sexo em termos de ocorrência das doenças. As mulheres foram mais propensas a ter doenças infecciosas e crônicas e os homens tenderam a ter lesões de causas externas. As mulheres também apresentaram maiores taxas de doenças psiquiátricas e músculo-esqueléticas. Esse resultado corrobora os achados da literatura, que apontam maiores taxas de

morbidade entre as mulheres, enquanto os homens apresentam maiores taxas de mortalidade (VERBRUGGE; WINGARD, 1987).

A ocorrência de doenças do grande grupo II e psiquiátricas foram mais comuns justamente entre os servidores com mais anos de serviço, possivelmente aqueles que ficaram mais expostos a essa estrutura organizacional, que tem sido associada à elevada carga de estresse. É sabido que a atividade policial requer um constante estado de alerta e avaliação imediata das situações de perigo. Esses são alguns dos fatores que justificam a intensificação do estresse nessa categoria profissional se comparada com as demais (LIPP, 1996).

Merece maior investigação o fato de delegados aparecerem como a única categoria profissional com maiores taxas de doenças do grande grupo II, psiquiátricas e músculo-esqueléticas, quando comparados aos investigadores e escrivães. É possível que esses profissionais estejam mais expostos à maior carga de trabalho e recebam pouco apoio para o desenvolvimento das tarefas (COLLIN; GIBBS, 2003). Por hora, levanta-se a possibilidade de que esse adoecimento tenha relação com as atribuições inerentes ao cargo de delegado, que consiste em supervisionar, coordenar e controlar atividades policiais, dirigindo seus agentes e auxiliares, visando processar a apuração de crimes e contravenções penais, conforme Leis Penais e Processuais vigentes (AMAZONAS, 2004). Entretanto, não se têm elementos nessa pesquisa para sustentar tal discussão.

Algumas limitações podem ser apontadas na presente pesquisa, tais como: falta de registro junto à Gerência de Pessoal da Polícia Civil com relação aos dados referentes à lotação dos servidores, data de nascimento, estado civil, cor/raça e outras características que poderiam ampliar os resultados da pesquisa.

Portanto, em relação às futuras pesquisas relacionadas aos servidores policiais civis, sugere-se ultrapassar as limitações apontadas, colocando-se como imperativa a intervenção urgente na problemática do adoecimento no meio policial, de modo a transformar uma situação que parece se agravar dentro do atual contexto.

Referências

AMAZONAS. **Lei nº 1.762**, de 14 de novembro de 1986. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado do Amazonas. Manaus, 1986.

_____. **Lei nº 2.271**, de 10 de janeiro de 1994. Dispõe sobre o regime jurídico peculiar dos funcionários da Polícia Civil do Estado do Amazonas – Estatuto do Policial Civil – e dá outras providências. Manaus, 1994.

_____. **Lei nº 2.875**, de 25 de março de 2004. Institui o Plano de Classificação de Cargos, Carreiras e Remuneração dos Servidores da Polícia Civil do Amazonas. Manaus, 2004

_____. **Lei Delegada nº 87**, de 18 de maio de 2007. Dispõe sobre a Polícia Civil do Estado do Amazonas e define suas finalidades, competências e estrutura organizacional. Manaus, 2004.

_____. Portaria n. 001/96. **Diário Oficial do Estado**, 14 de julho de 1996.

ALLISON, P. D. **Logistic regression using the SAS system: theory and application**. Cary, N.C.: SAS Institute, 1999.

ANDRADE, E. R.; SOUZA, E. R. Autoestima como expressão de saúde mental e dispositivo de mudanças na cultura organizacional da polícia. **Psicologia Clínica**, v. 22, n. 2, p. 179-195, 2010.

ARELLANO, E. B. **Avaliação dos programas de Qualidade de Vida no Trabalho – análise crítica das práticas das organizações premiadas no Brasil**. Tese (Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

BALESTRERI, R. B. **Direitos humanos: coisa de polícia**. Passo Fundo: Capec – Pater Editora, 1998.

BAYLEY, D. H. **Padrões de policiamento**. São Paulo: Edusp, 2001 (Coleção Polícia e Sociedade, v. 1, cap. 7).

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.

COLLIN P. A.; GIBBS C. C. Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county Police force.

Occupational Medicine, n. 53, p. 256-264, 2003.

_____. Ministério da Justiça. Instrução Normativa nº 01, de 26 de fevereiro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de março de 2010.

_____. Ministério da Justiça, **Decreto nº 7.037**, de 21 de dezembro de 2009. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3 e dá outras providencias. **Programa Nacional de Direitos Humanos-3**, Diário Oficial da União, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Justiça. Senasp. Depaid. PNUD. **Mapeamento dos Programas de Atenção à Saúde das Instituições Estaduais de Segurança Pública**. Brasília-DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **OPAS – saúde do trabalhador**. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos. Brasília, 2001.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história das violências nas prisões**. 34. ed. Petropolis-RJ: Editora Vozes, 2007.

HOUTMAN, I.; JETTINGHOFF, K.; CEDILLO, L. **Raising awareness of stress at work in developing countries: a modern hazard in a traditional working environment: advice to employers and worker representatives**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007 (Protecting Workers' Health Series, n. 6).

LAURELL, A. C. La salud-enfermedade como proceso social. **Cuadernos Médico Sociales**, n. 19, enero de 1982.

LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; COSTA, M. F. S.; CAMPOS, M. R.; SILVA, R. S.; DAUMAS, R. P. National and regional estimates of disability-adjusted life-years (DALYs) in Brazil, 2008: a systematic analysis. **Lancet**, n. 381, S83, 2013.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de Vida no Trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Atlas, 2003.

LIPP, M. Stress: conceitos básicos. In: Lipp, M. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. São Paulo: Papirus, 1996.

MENDES, J. M. R. **O verso e o anverso de uma história**: o acidente e a morte no trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (Orgs.). **Missão investigar**: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamound, 2003.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, nov. 2007.

_____. **Missão prevenir e proteger**: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

MINAYO, M. C. de S. Valorização profissional sob a perspectiva dos policiais do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 611-620, 2013.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. **The global burden of disease**: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

PIRES, L.; EILBAUM, L. **Políticas públicas de segurança e práticas policiais no Brasil**. Niterói: Editora da UFF, 2009.

PIRES, T. **O ensino policial civil**: o caso da academia de polícia civil de Goiás. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008.

ROSSI, A. M.; QUICK, J. C.; PERREWÉ, P. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCHRAMM, J. M.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA A. J.; MARGARETH, C. P.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S.; SILVA, J. G.; PIRES, T. de O. Fatores associados ao sofrimento psíquico dos policiais militares no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, 2012.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, out./dez. 2005.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S. Sob fogo cruzado I: vitimização de policiais militar e civil brasileiro. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, ano 7, 2013.

SPANIOL, M. I. Acidente de trabalho e ocorrências policiais com arma de fogo: consequências, reações e sequelas decorres do uso de força letal. In: MENDES, J. M. R.; CONSUL, J. D. P.; FRAGA, C. K (Orgs.). **A (in) visibilidade da segurança pública**: risco no trabalho, formação e políticas. Porto Alegre, 2005.

VOS, T.; FLAXMAN, A. D.; NAGHAVI, M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, n. 380, p. 2163-2196, 2012.

WALTON, R. Quality of working life: what is it? **Sloan Management Review**, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

SAS INSTITUTE INC. **Base SAS 9.3 procedures guide**. Cary, NC: SAS Institute Inc., 2011

VERBRUGGE, L. M.; WINGARD, D. L. Sex differentials in health and mortality. **Heath Matrix**, p. 3-19, 1987.