

QUANDO O POLICIAL PROCURA AJUDA PSICOLÓGICA: INTERFACES ENTRE SOFRIMENTO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

MARIA CRISTINA GARCIA COSTA MARTINS

Tenente-Coronel PM QOS da PMMG. Mestre em Psicologia Social. Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho.

MARIA ELIZABETH ANTUNES LIMA

Professora da Faculdade Novos Horizontes. Doutora em Psicossociologia do Trabalho.

Resumo: A pesquisa, cujos resultados estão expostos neste artigo, tratou da questão dos transtornos mentais mais frequentes entre policiais militares, considerando, sobretudo, suas possíveis relações com a organização do trabalho desses profissionais. A primeira parte do estudo, focou no levantamento das licenças nas pastas médicas de militares em tratamento psicológico, no ano de 2014, considerando o posto ou graduação que ocupavam, o tempo de atuação como policiais, a atividade que desempenhavam e os diagnósticos que prevaleceram nesse grupo. O resultado apontou para o Transtorno de Ajustamento, como o mais frequente, seguido pelo Transtorno de Ansiedade. A análise do absentismo por transtornos mentais em um batalhão, cujo comando era frequentemente citado negativamente pelos próprios militares que buscavam atendimento, demonstrou haver relação entre estilo de gestão e incidência de licenças ou dispensas. Os resultados apontaram para um aumento de 30% a 35% de afastamentos nos anos em que o referido comando esteve à frente do batalhão, sendo que, após a mudança dos gestores, esses índices retornaram para os níveis anteriores.

Palavras-Chave: Saúde mental. Trabalho. Transtornos mentais. Polícia Militar. Absenteísmo

Abstract: The survey, whose results are shown in this article, addressed the issue of the most common mental disorders among military police, considering especially its possible relations with the organization of the work of these professionals. The first part of the study focused on survey of licenses in military medical folders in psychological treatment, in 2014, considering the post / graduate they occupied, the time of work as police officers, the activity they worked and diagnostics that prevailed in this group. The results pointed to the Adjustment Disorder, as the most frequent, followed by anxiety disorder. Analysis of absenteeism due to mental disorders in a battalion, whose command was often cited negatively by the military themselves who sought care, showed a relationship between management style and incidence of medical licenses. The results showed an increase of 30% to 35% of sick leave in the years that command was in charge of the battalion, and, after the change of comandants, these rates returned to previous levels.

Keywords: Mental health; work; mental disorders; military police; absenteeism.

INTRODUÇÃO

A indagação curiosa, feita por um palestrante americano, sobre o grupo social que poderia ser considerado o maior causador de morte violenta de policiais (MILLER, 2005), nos remete à complexidade da situação com a qual se depara aquele que lida com essa atividade. No caso da polícia americana, contrariando as respostas dadas pelos próprios membros à pergunta proferida, não eram os grupos marginalizados os responsáveis pelo óbito desses profissionais: eram eles próprios, através do autoextermínio.

Essa aparente contradição (violência externa x agressão interna) presente na resposta, faz sentido ao se pensar sobre as condições de trabalho às quais os policiais são expostos, diuturnamente, no

enfrentamento da violência. O cenário social, agravado pela crise econômica, gera situações propícias para o recrudescimento dos atos atentatórios à paz social. Por outro lado, a busca por soluções de curto prazo para redução da criminalidade, visando o alcance de indicadores que assegurem a retomada da segurança, aumenta a pressão interna à instituição militar. Ambos os aspectos culminam em um clima de insatisfação intramuros, que pode ter impactos negativos na subjetividade de cada policial.

Diante do recrudescimento da violência social, no decorrer dos últimos anos, seria compreensível pensar que, quando um policial sofre mentalmente, a causa mais provável seria o desgaste por esse enfrentamento e exposição contínua aos estressores ambientais. Mas isso não explica, por exemplo, o motivo pelo qual nem todos adoecem no seu trabalho, mesmo estando submetidos a essas condições. Embora pesquisas tenham demonstrado a susceptibilidade dessa categoria profissional ao uso de álcool e aos atos de autoextermínio (NOGUEIRA e GISCHEWSKI, 2015; MIRANDA, 2016), o entendimento dos aspectos que contribuem para o adoecimento mental ultrapassa a mera linearidade causa/consequência e envolve o que Le Guillant (2006) chamava de “biografia total”, que inclui aspectos biológicos, sociais, materiais e a própria história de vida de cada um, na tentativa de elucidação do fenômeno do sofrimento no trabalho.

Sendo assim, a compreensão da saúde mental dos policiais militares passa, tanto por um estudo do contexto mais amplo onde se insere essa categoria profissional quanto pela compreensão da subjetividade daquele que adoeceu. Acreditamos que, ao apreender melhor como se deu o adoecimento, será possível traçar ações mais efetivas, visando à prevenção das agressões e, portanto, à proteção da saúde do servidor militar.

A experiência clínica de uma das autoras no atendimento a policiais, na Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG), tem demonstrado que, quando questões familiares e interpessoais somam-se aos

problemas vivenciados no âmbito da instituição, muitas vezes, o lugar tradicional de escuta do paciente é modificado. Conseqüentemente, o oficial psicólogo¹ vê-se concitado a sair de seu consultório para atuar na mediação de conflitos institucionais, na busca por uma interlocução com o comando ou outros membros da equipe, dentro do preconizado pelo seu respectivo código de ética, enquanto psicólogo e militar.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esse atravessamento, na clínica, por questões institucionais, faz-se presente também no atendimento psicológico aos militares de um Núcleo de Assistência à Saúde (NAIS)² na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Com o objetivo de conhecer quem é o militar que busca atendimento, o que o motiva a fazê-lo e quais diagnósticos são mais frequentes, foi realizada uma pesquisa com os policiais da ativa que se encontravam em tratamento psicoterápico no NAIS, no período de março a outubro de 2014. Eles foram convidados a participar do projeto e, portanto, a autorizar a coleta de dados nos seus prontuários médicos. Ao todo, foram avaliadas as pastas de 86 militares³, que assinaram o termo de esclarecimento livre e consentido e que tiveram um total de 415 licenças por transtornos mentais, desde seu ingresso na instituição. A análise estatística foi feita sobre o total dessas licenças (COSTA, 2016).

Apresentaremos, a seguir, parte dos resultados da pesquisa, referente à análise das informações contidas nos prontuários dos

¹Psicólogo que prestou concurso para integrar o Quadro de Oficiais de Saúde da PMMG, também integrado por médicos, dentistas e fisioterapeutas.

² Na PMMG há dois quadros distintos: oficiais e praças. O Quadro do Oficiais (QOPM) é composto por tenentes, capitães, majores, tenentes-coronéis e coronéis. O de praças (QPPM) abrange soldados, cabos, sargentos e subtenentes.

³Esse número ficou limitado devido ao prazo para término da coleta de dados e para evitar transtornos para a administração local com o manuseio dos documentos médicos.

policiais que procuraram tratamento no NAIS, no período acima delimitado. Embora o estudo tenha tido também uma etapa qualitativa, iremos nos limitar, aqui, aos dados quantitativos.

Qual é o perfil do policial que procura o serviço de Psicologia?

A análise dos dados que compara os quadros de oficiais e praças⁴ aponta para um número maior de sargentos, cabos e soldados afastados com diagnósticos de transtornos mentais em relação aos que integram o oficialato. Ainda que observada a distribuição dos postos ou graduações na PMMG (os oficiais ocupam em média 10% do efetivo e as praças, 90%), pôde-se observar que 96% das licenças eram de praças e 4% de oficiais (COSTA, 2016). Proporcionalmente, portanto, as consultas psicológicas nas quais eram atendidas as praças, resultaram em um número de afastamento 5% maior que seu efetivo na PMMG. Por sua vez, no grupo dos oficiais, ocorreu o inverso: menos de 50% dos que se encontravam em atendimento psicológico foram afastados do trabalho por motivos psicológicos.

Tabela 1: Distribuição das licenças por grupos de transtornos e posto ou graduação

Grupo da Doença	Posto/Graduação					Total de Licenças/ Grupo
	Soldado	Cabo	Sargento	Subtenente	Tenente	
F10	5	1	8	0	0	14
F20	9	44	10	0	0	63
F30	46	0	42	0	3	91
F40	81	78	69	2	13	243
F50	0	0	0	0	1	1
F60	2	0	1	0	0	3
Total (N)	143	123	130	2	17	415

Fonte: Costa, 2016

⁴ Na PMMG há dois quadros distintos: oficiais e praças. O Quadro do Oficiais (QOPM) é composto por tenentes, capitães, majores, tenentes-coronéis e coronéis. O de praças (QPPM) abrange soldados, cabos, sargentos e subtenentes.

Na Polícia Militar da Paraíba, Silva e Vieira (2008) também observaram essa diferença quanto ao escalonamento hierárquico, com 73,2% de licenças por transtornos mentais entre soldados e cabos. Na Polícia Militar do Espírito Santo, segundo Stein & Reis (2012), o percentual é de 86,1% (embora as causas das licenças não se restrinjam aos transtornos mentais).

Nesta pesquisa, menos da metade dos oficiais⁵ buscou atendimento psicológico no NAIS ou foi licenciada devido aos transtornos mentais. Isso pode ser reflexo de uma cultura peculiar à PMMG, que associa a licença à incapacidade para lidar com desafios no trabalho, fragilidade ou, até mesmo, menor envolvimento com a instituição. Além disso, alguns oficiais preferem ser encaminhados para atendimento com profissionais credenciados para se sentirem menos expostos.

A maioria dos oficiais (principalmente tenentes) que buscaram tratamento, relataram as pressões e sobrecargas às quais estavam submetidos, mas evitavam o afastamento, temendo ser mal interpretados por seus superiores e comprometerem, inclusive, sua promoção na carreira. Nesse sentido, é notória a ausência de licenças de oficiais intermediários ou superiores.

Tal fator pode gerar o presenteísmo nesse quadro, aspecto pouco estudado na PMMG, devido à ênfase dada ao absenteísmo, considerado dentre os indicadores de produtividade algo a ser reduzido pelos batalhões. Ademais, esse dado pode ser decorrente das melhores condições de trabalho oferecidas aos oficiais. Mesquita (2004) apontou que o lugar privilegiado que ocupam na hierarquia, permite que os oficiais se sintam mais motivados, devido à maior autonomia na tomada de decisão e ao fato de se sentirem respeitados. O mesmo parece ocorrer na Brigada Militar do Rio Grande do Sul, segundo Spode & Mello (2006), onde conclui-

⁵ Em comparação com seu percentual no efetivo da PM

se que, embora submetidos aos riscos ocupacionais e pressões no trabalho, os oficiais podem se expressar, além de possuírem maior poder de influência no planejamento das ações.

Todos esses resultados sugerem que a quantidade importante de praças que se afastam do trabalho por problemas emocionais, impõe a necessidade de estudos que permitam compreender melhor os aspectos que contribuem para esse problema. Ainda que existam outros fatores, de ordem pessoal ou econômica, que possam corroborar para esses números, não podemos negligenciar o fato de que se trata de um grupo situado na base da hierarquia, o que, sem dúvida, implica em maior pressão no cotidiano laboral, como outros estudos já demonstraram (STEIN e REIS, 2012, MINAYO SOUZA e CONSTANTINO, 2007, SILVA e VIEIRA 2008 e NOGUEIRA 2007).

A divisão de poder na organização piramidal da instituição militar, por conferir, aos que se encontram próximos à base, menor responsabilidade decisória e autonomia no gerenciamento de sua atividade, pode ter impactos emocionais desfavoráveis. Isso se deve, sobretudo, à restrição do espaço para a busca de alternativas frente às inúmeras dificuldades que precisam enfrentar, contribuindo para seu engessamento na atividade e diminuindo seu campo de atuação.

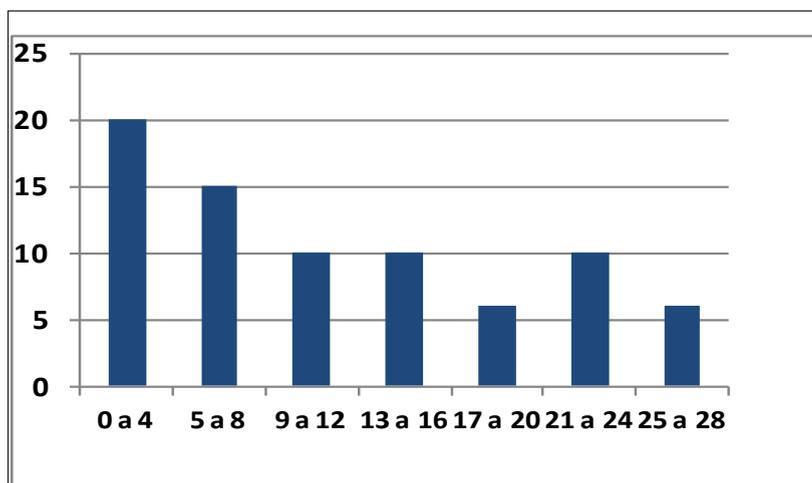
As licenças após o ingresso na Corporação

É frequente escutar profissionais de saúde ou até mesmo militares de carreira surpreenderem-se com o fato de que militares, pouco após o ingresso na corporação, já estejam se licenciando. Para alguns, isso reflete falta de comprometimento com o trabalho ou despreparo para lidar com as dificuldades inerentes à carreira.

No nosso estudo, verificamos que, o tempo médio para que ocorra a primeira licença, devido aos transtornos mentais, é de 12 anos de trabalho. Contudo, o maior número de afastamentos ocorre nos

primeiros oito anos e, mais destacadamente, nos primeiros quatro anos, conforme pode ser visto no gráfico a seguir:

Gráfico 1: Distribuição de licenças por anos de inclusão:



Fonte: Costa (2016)

É possível que, nos primeiros quatro anos após a inclusão, se faça sentir com maior intensidade o processo de socialização para quem ingressa em uma carreira militar. Os cursos de formação de soldados ou oficiais são caracterizados por mudanças no comportamento daqueles que neles se inserem: cada um terá seu nome alterado para um nome funcional⁶, o cabelo é cortado curto ou usado preso (para as mulheres que têm cabelo comprido), como parte da mudança de identidade de civil para tornar-se militar.

As exigências dos cursos ultrapassam questões relativas ao mero preparo físico (embora também o faça) ou cognitivo. O futuro policial precisa introjetar os valores institucionais e, para isso, se submeterá ao treinamento militar no qual lhe será apresentada a disciplina e a hierarquia.

⁶ Normalmente adota-se o sobrenome como nome funcional

As aulas de Ordem Unida contribuem para o desenvolvimento do espírito de corpo no qual suas ações ocorrerão a partir de um comando, em consequência de uma diretriz a ser seguida. Com isso, não cabe, a princípio, espaço para a expressão da subjetividade. É grande o rigor com que as questões disciplinares são tratadas e o sistema de vigilância se faz sentir precocemente, sendo que o aluno passa a temer ser punido se incorrer em faltas como atraso, uniforme em desalinho ou barba malfeita.

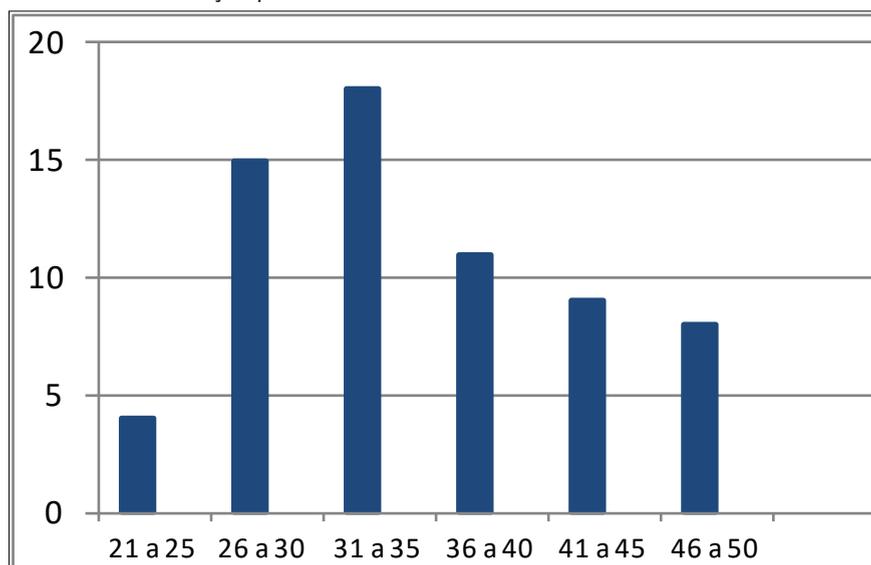
O período posterior ao curso é marcado pela chegada à Unidade onde irá trabalhar e pela constatação de uma nova mudança: o soldado ou aspirante a oficial ouve, então, dos seus companheiros mais experientes que, doravante, irá, de fato, experimentar a realidade de um policial. Sem o rigor excessivo da formação, porém sem a proteção da Academia, ele se vê diante dos riscos da atividade operacional, envolvendo tanto sua integridade física, como a possibilidade de processos judiciais, decorrentes de suas ações, que podem levar à perda do cargo e da liberdade. A isso somam-se turnos de serviço que se alternam com frequência, condições de trabalho nem sempre ideais e dificuldades nas relações com pares ou superiores.

É bem possível que a intensidade da mudança de civil para militar requeira um período maior para a adaptação e esse aspecto ajude a explicar o motivo pelo qual as licenças por transtornos mentais sejam frequentes nos primeiros quatro anos após a inclusão. Violanti (1993) reforça essa hipótese, ao concluir que o choque inicial experimentado pelo novato, face às diferenças entre expectativas cultivadas sobre o que era a polícia e o confronto com a realidade, seria responsável pelo estresse experimentado no período inicial de ingresso. Stein e Reis (2012), reportam achados similares de licenças logo nos primeiros anos, porém, também constataram aumento na quantidade de afastamento no final da carreira, atribuindo-o ao desgaste acumulado ao longo do exercício profissional.

A consequência maior de se ter uma quantidade importante de policiais afastados nos anos iniciais da carreira concerne ao desgaste de um grupo em plenas condições produtivas e que poderá, mais tarde, sentir os efeitos cumulativos sobre sua saúde. Os dados coletados apontam a prevalência de afastamento em uma faixa etária que abrange dos 26 aos 35 anos, ou seja, de pessoas com potencial produtivo que, em virtude do seu adoecimento, não é plenamente realizado.

O gráfico a seguir mostra a distribuição das licenças por idade entre os militares e permite a visualização dessa realidade.

Gráfico 2: Distribuição por faixa etária



Fonte: Costa (2016)

A categoria dos policiais militares tem uma aposentadoria especial em relação aos demais servidores, justamente por vivenciarem as condições insalubres e de risco às quais são submetidos e que

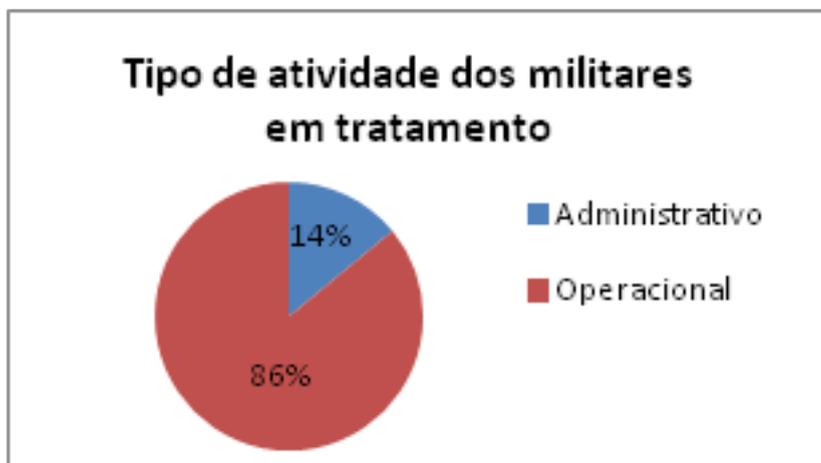
poderão provocar sérios desgastes futuramente. O final de carreira de boa parte desses militares é marcado por pedidos de afastamento do trabalho seguidos de expressões como *“já dei tudo que tinha que dar”*, *“me sinto irritado a maior parte do tempo”*, *“não aguento mais ir para a rua”*, *“estou a ponto de explodir”*. Muitos solicitam a dispensa de uso de arma, visando um afastamento do ambiente onde atuam, para se recuperarem emocionalmente, dizendo que podem perder o controle e causar problemas para terceiros ou para si mesmos, afetando sua carreira.

Atividades operacionais e administrativas

Para este estudo, foram considerados os diversos quadros para os quais os policiais prestaram concurso: operacional ou especialistas (área de saúde, motomecânico, eletricista e outros) pois, embora não exista inclusão específica para militares atuarem no serviço administrativo, muitos são designados para esse fim, seja por indicação ou como consequência de dispensa médica.

O próximo gráfico mostra a distribuição e prevalência de militares da atividade-fim em relação aos especialistas na amostra estudada.

Gráfico 3: Distribuição entre tipo de atividade



Fonte: Costa (2016)

Observou-se que, na sua totalidade, os especialistas⁷ que participaram dessa amostra tiveram licenças médicas por transtornos mentais. Com base nos relatos que constam nas suas pastas médicas, é possível elencar, como motivos de licença ou dispensa, a falta de preparo para atuar no serviço operacional quando escalados em situações excepcionais e conflitos com pares e superiores no próprio ambiente de atuação.

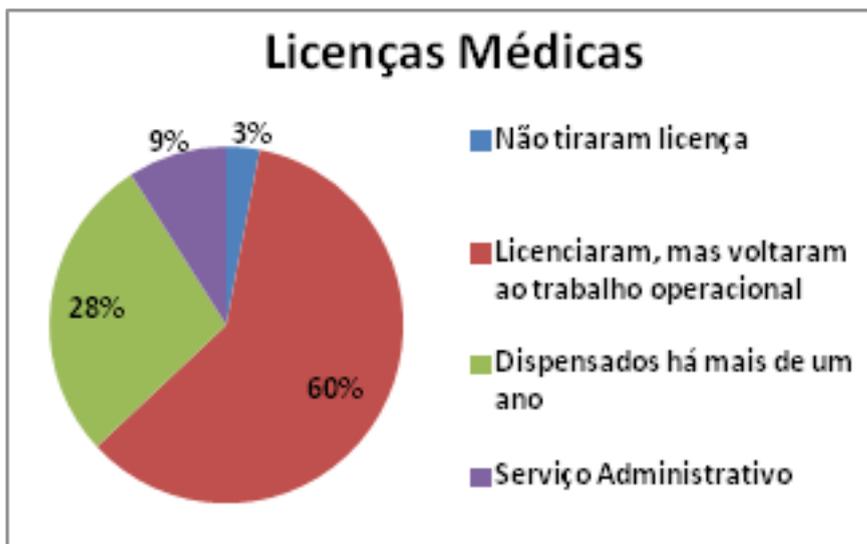
A maioria dos pacientes militares que atuavam no serviço operacional (60%) teve licença por questões psicológicas, mas retornou à chamada atividade-fim, tão logo houve melhora no quadro. Porém, um percentual importante, isto é, 28% desses policiais, além de terem sido licenciados, permaneceram dispensados de uso e manuseio de arma por um período superior a doze meses, o que impacta na segurança pública, já que eles

⁷ Em sua maioria técnicos em enfermagem, higiene dental, mecânicos e eletricitas.

devem permanecer no interior dos batalhões exercendo outras atividades.

O longo período de afastamento, por sua vez, indica a gravidade dos sintomas experimentados, seja por uma resposta protraída ao tratamento ou, até mesmo, por, inconscientemente, interpretar a própria melhora como um risco de retorno ao local onde originou seu conflito e, por isso, o policial tenta evitar o antigo local de trabalho. Dos policiais em tratamento, somente 3% não licenciaram. Os designados para o serviço administrativo, seja por alguma habilidade específica ou por algum transtorno orgânico que recomendava o afastamento da rua, sem relação com os aspectos mentais, perfaziam 9% dessa amostra.

Gráfico 4: Distribuição de licenças entre os que ingressaram para atuar no serviço operacional



Fonte: Costa (2016)

Os principais transtornos mentais identificados

Os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar como causa de afastamento da atividade na PMMG (COSTA, 2016). Devido aos riscos potenciais dos sintomas, como alterações emocionais, dos impulsos, do curso do pensamento e comportamentais, torna-se necessário adotar outras ações além da licença como, por exemplo, o recolhimento temporário da arma e restrição ao serviço de rua, além da oferta de atendimento psicoterápico e psiquiátrico. Tais medidas objetivam prevenir consequências mais graves ou até mesmo fatais, como no caso de suicídio, frequente entre policiais.

Com o objetivo de conhecer os transtornos que mais acometem os policiais em tratamento no NAIS, considerando aqueles presentes na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID 10) e que fazem parte do Grupo F, realizou-se o levantamento nas pastas médicas dos militares em atendimento psicológico. Os registros focaram na frequência com que eles eram licenciados ou dispensados em decorrência desse tipo de problema. Os resultados apontaram que os distúrbios relacionados à ansiedade e ao estresse eram os diagnósticos predominantes, seguidos pelos transtornos de humor.

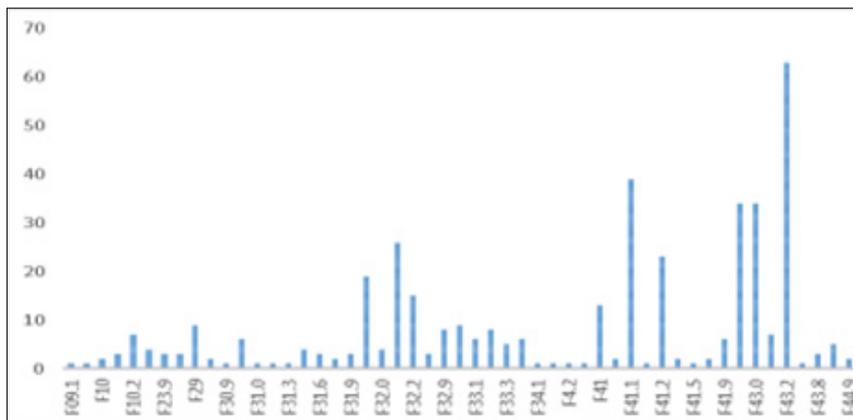
Conforme pode ser visto no gráfico abaixo, as três principais causas de afastamento de militares são os Transtornos de Ajustamento (F43.2)⁸, de Estresse Agudo (F43.0)⁹ e de Ansiedade Generalizada (F41.1)¹⁰.

⁸ O Transtorno de Ajustamento envolve a vivência de um evento de vida que desencadeia um quadro de humor deprimido, ansiedade, dificuldade em se adaptar às circunstâncias e planejar a vida, afetando a sua rotina diária (OMS, 1993).

⁹ O Transtorno de Estresse Agudo, de acordo com a CID-10, tem caráter transitório e resulta da vivência de um episódio de estresse importante que representa ameaça à segurança do indivíduo, podendo ocorrer em indivíduos sem histórico prévio de outros transtornos mentais, embora a vulnerabilidade pessoal possa ter um papel importante no desenvolvimento do transtorno.

¹⁰ O segundo diagnóstico mais comumente encontrado na amostra sugere a frequência de sintomas relativos à taquicardia, tensão, sensação de iminente perigo, agitação interna, dificuldade para dormir. Esse achado está de acordo

Gráfico 5: Transtornos mentais prevalentes em Policiais Militares



Fonte: Costa (2016)

Embora o Transtorno de Ajustamento (ou de Adaptação, de acordo com o DSM-V) seja tão frequente, inclusive em “serviços de consultoria psiquiátrica hospitalar” (APA, 2014), há poucos artigos discorrendo sobre ele, principalmente entre policiais militares. Por outro lado, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem sido objeto de vários estudos e publicações, embora não tenha sido uma afecção frequente no grupo aqui analisado. Contudo, não se pode negar, dada à natureza da sua atividade, que os policiais estão mais expostos às situações de risco, podendo, de fato, constituir-se em um grupo mais vulnerável a esse tipo de transtorno.

Pensamos, no entanto, que a ênfase maior nos traumas causados pela atividade externa do policial, uma vez que esta envolve, quase sempre, situações violentas ou mesmo catastróficas, pode conduzir a uma minimização da importância de situações conflitivas cotidianas que também têm efeitos deletérios sobre o psiquismo.

com uma profissão na qual o risco à sua segurança física ou emocional se faz onipresente nas mais diversas situações vividas pelo militar esteja ele exposto nas ruas ou intramuros (Costa, 2016)

O que chama atenção neste estudo é que os relatos envolvendo afastamento por troca de tiros geraram licenças curtas ou, então, os próprios militares disseram estar bem, não havendo necessidade de serem liberados do trabalho para recuperação domiciliar. Isso parece sinalizar que eles se sentem preparados para o enfrentamento diário às situações de violência para a qual foram treinados ou, ainda, que os protocolos em vigência na PMMG, que preveem atendimento psicológico nas primeiras 24 horas após o militar ter se envolvido em ocorrências de risco, estejam cumprindo seu propósito de prevenir o desenvolvimento de TEPT. Ao fazer com que o militar sinta-se apoiado pela instituição, essa medida, segundo Vieira (2014), atuaria como um fator protetor para o desenvolvimento do TEPT.

Em contraponto, o Transtorno de Ajustamento não requer a vivência de situações de risco iminente ou consideradas catastróficas para ser diagnosticado. Ainda assim, para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), é necessária a presença de um estressor externo, sem o qual os sintomas não ocorreriam. Ou seja, independente dos fatores predisponentes individuais, o assim chamado evento de vida, precedendo toda a sintomatologia, é critério para o diagnóstico. Os estressores podem ser luto, divórcio, doença física grave, sendo que o Diagnóstico Estatístico de Doenças Mentais (DSMV), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2015), ainda enumera algumas situações típicas de trabalho, estabelecendo um nexo entre esses fatores e o desenvolvimento do distúrbio, tais como: desemprego, aposentadoria e outras dificuldades vividas. Os sintomas são semelhantes à depressão e incluem tristeza, incapacidade de planejar o futuro, ansiedade, inquietação e irritabilidade. Tudo isso sugere a existência de outros fatores, além das vivências negativas presentes nas atividades externas à instituição, que estariam contribuindo para o alto índice desses transtornos identificados.

Uma das raras publicações em torno do Transtorno de Ajustamento (ou Adaptação) estabelece uma relação entre o estressor, a predisposição individual e a capacidade de adaptação ao ambiente desfavorável (LIPP, 2007). A autora sugere que indivíduos com melhores condições de assimilar o estresse situacional responderiam satisfatoriamente aos ambientes hostis e, assim, seriam menos afetados pelas suas adversidades, o que teria corroborado, evolutivamente, para sua adaptação e sobrevivência. Porém, segundo Costa (2016), se for levada em conta essa concepção:

O nexa causal entre o evento de vida e o adoecimento do trabalhador é, muitas vezes, obnubilado pelo entendimento de que fatores psicobiológicos teriam um papel determinante no desenvolvimento do transtorno. Essa visão desfavorece a compreensão mais ampla de que organismos com susceptibilidades genéticas predisponentes, caso encontrassem condições saudáveis no exercício de sua atividade, poderiam se beneficiar delas, enquanto funções protetoras para sua saúde mental. Em contraponto, mesmo aqueles que fossem mais “privilegiados” pela hereditariedade, poderiam sucumbir diante de uma situação insuportável ao seu psiquismo. Neste sentido, é importante destacar o cuidado com as condições e organização do trabalho, como prevenção aos agravos à saúde, quando a causa pode estar diretamente ligada aos “eventos externos”. (Costa, 2016, p. 84)

Essa visão de que o Transtorno de Ajustamento exige a presença de um agente estressor externo para seu desenvolvimento, nos obriga a repensar nossa prática clínica, muitas vezes, voltada para fortalecer o sujeito de modo a aumentar sua capacidade de lidar com as pressões oriundas do meio. Entendemos que esse pensamento resulta na culpabilização do paciente em relação ao seu sofrimento, atribuindo-o à sua incapacidade de adaptar-se ao meio que o gerou. Uma das consequências desse enfoque pode ser o desvio da

atenção dos aspectos ambientais que poderiam ser modificados, por exemplo, a preocupação com uma melhora coletiva no ambiente de trabalho.

No nosso entender, ao se intervir diretamente no evento de vida ocasionador do sofrimento, principalmente se este afetar um grupo maior, torna-se possível promover a saúde não apenas de um, mas de toda uma categoria sujeita a condições desfavoráveis. Desse modo, as ações terapêuticas não se restringiriam a uma intervenção focada apenas no sujeito que expressa suas queixas, mas focalizariam o trabalho como um todo, de modo a agir preventivamente, tal como concebia Le Guillant (2006).

Esse aspecto ficou bem evidenciado na pesquisa realizada por uma das autoras (COSTA, 2016) do presente artigo em um batalhão de polícia situado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), cujos resultados foram parcialmente expostos neste artigo. Em uma das etapas, realizou-se um levantamento das licenças por transtornos mentais em um determinado batalhão, posto que era relevante a quantidade de policiais provenientes desse local que começaram a procurar o serviço de psicologia com sintomas de ansiedade, insônia, irritabilidade e falta de motivação para o trabalho. Ao serem questionados sobre o fator ao qual associavam o início das queixas, todos se referiram às dificuldades que sentiram após uma troca de comando, sendo este considerado como autoritário e abusivo.

Diante disso, foram analisadas todas as licenças por transtornos mentais dos militares daquele batalhão, considerando os seguintes períodos: o ano anterior à chegada do novo comando, período em que permaneceu no local e o que se seguiu após sua saída. O resultado obtido foi relevante ao demonstrar um aumento de 30% de licenças no primeiro ano e 35% no segundo.

Houve, inclusive, 100% de crescimento na quantidade de dias licenciados, o que sugere a gravidade dos sintomas apresentados. Decorrido um ano da saída do comando, os índices retornaram aos níveis de quando havia um comando aceito pela tropa. Os dados estão expostos na tabela a seguir:

Tabela 2 – Distribuição de licenças por comandos:

Ano	Número de Afastamento por Transtornos Mentais	Número de Dias de Licença	Percentual de Dias
2011	55	326	6,54%
2012	72	540	12,23%
2013	78	661	13,09%
2014	51	385	9,41

Fonte: Costa (2016)

O fenômeno do adoecimento mental é complexo e motivo de constante discussão quanto à sua etiologia e multifatorialidade. Contudo, diante de dados expressivos ora expostos, urge pensar que a causa do sofrimento manifestado por essa categoria profissional pode não estar apenas no local de risco onde atuam (as ruas) e de onde se espera, geralmente, a ocorrência de situações envolvendo perigo. As relações abusivas de poder, reportadas na pesquisa, são as principais geradoras do absenteísmo causado por Transtorno de Ajustamento.

Nesse caso, há que se pensar em uma atuação clínica ampliada por parte do psicólogo da Polícia Militar de modo a responder à demanda por políticas mais eficazes na prevenção do adoecimento no trabalho. Trata-se de se voltar também para as disfunções presentes na organização do trabalho dos policiais, visando combater outras causas do absenteísmo por transtornos mentais, além daquelas já conhecidas. Tudo indica que as distorções nas relações de poder, manifestadas, sobretudo, pelo assédio moral, estão entre os fatores que mais geram sofrimento no militar, podendo, portanto, ser uma das causas maiores de licenças observadas na categoria.

CONCLUSÃO

A atividade do psicólogo clínico na PMMG é cercada por complexidades que extrapolam o atendimento terapêutico de um consultório particular ou ambulatório hospitalar. Em sua maioria, o oficial psicólogo atende nos quartéis, dentro de um núcleo de saúde e lida com informações sigilosas que esbarram e vão além de uma relação terapêutica nos moldes tradicionais. Seu trabalho busca uma escuta qualificada do sofrimento do militar que, muitas vezes, pode exceder a questão individual e requerer uma tomada de posição quando, por exemplo, constata que a queixa de um paciente é comum a vários outros. Fica evidente que, em tal situação, não é adequado esperar do psicólogo um trabalho individual com o paciente, visando adaptá-lo a uma situação geradora de sofrimento e, portanto, a ajudá-lo a suportar o insuportável (CLOT, 2005).

A clínica na Polícia é uma construção que vem sendo erguida junto aos pacientes, psicólogos e comando. Trata-se de uma atividade que se tem prestado à prevenção de agravos à saúde mental, quando, por exemplo, atende um militar que acabou de trocar tiros e, com isso, pode prevenir o desenvolvimento do TEPT, ou um atendimento de urgência, na escuta de um policial aflito por estar vivendo uma crise pessoal e pensando em se matar. Trata-se de um dos alicerces de um trabalho que vem sendo pensado e realizado no sentido de abarcar as contradições, dificuldades e possibilidades de promoção à saúde mental dentro da instituição. Contudo, ela faz parte de um contexto também caracterizado por situações complexas e que envolvem riscos, inclusive aqueles que fazem parte da própria estrutura militar. Portanto, o psicólogo não pode atuar de maneira isolada no seu consultório, ignorando como as questões relativas à organização do trabalho atuam sobre o psiquismo do seu paciente.

O antigo modelo de avaliação psicológica que buscava avaliar a capacidade adaptativa do sujeito às condições estressantes do trabalho tem sido ultrapassado por um novo modo de pensar e agir que não seja excludente entre as especialidades que compõem o campo mais amplo da psicologia, isto é, que não estabeleça uma separação entre a clínica e o trabalho. Durante muitos anos, o psicólogo tinha a atribuição de localizar e analisar a disfunção, mas a disfunção dos homens e não a disfunção da situação, da organização, segundo Clot (2005 apud SATO, 2006). Talvez o direcionamento a ser dado hoje na clínica na PMMG, se quiser se haver com o fenômeno da saúde/doença entre policiais militares, passe pela transformação do contexto de trabalho (SATO, 2006).

Espera-se com este artigo contribuir para a superação do diagnóstico do sofrimento que aflige a categoria dos policiais militares, de modo a ampliar o papel do psicólogo, transformando-o em um mediador que possibilite que cada um seja um agente de transformação do próprio trabalho. Esperamos que o enfoque da intervenção terapêutica se amplie, passando pela resignificação do sofrimento vivido e busca por maior resiliência aos estressores presentes no cotidiano do militar. Com isso, nossa expectativa é a de ampliar a compreensão de que a instituição tem um papel importante, tanto no desenvolvimento quanto na prevenção dos agravos à saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed. 2015.

COSTA, M. C. G. **Atenção, sentido**: entre a posição que paralisa e a atividade que transforma — um estudo em saúde mental entre policiais militares. Belo Horizonte: UFMG. 2016

CLOT, Y. **Débat autour de l'harcèlement moral**. Revue Psycho Media, n. 2, Jan/Fev. 2005

GUILLANT, L. L. **Escritos de Louis Le Guillant: Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Vozes: Petrópolis.2006

MILLER, L. **Police Officer Suicide: Causes, Prevention, and Practical Intervention Strategies**. International Journal of Emergency Mental Health, 7, pp. 101-114. 2005

MIRANDA, D. (Org). **Por que policiais se matam?** Rio de Janeiro:2016

NOGUEIRA, G. E. G. & Gischewski, V. R. **Alcoolismo e tentativas de suicídio entre policiais militares**. In M.E.A., Lima & R. M. A.C. Leal (Orgs.) Álcool e trabalho: revisitando conceitos à luz de novas descobertas. Curitiba: Juruá. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

PODE, C., & MERLO, A. **Trabalho Policial e Saúde Mental: Uma Pesquisa junto aos Capitães da Polícia Militar**. Psicologia: Reflexão e Crítica, pp. 362-370. Porto Alegre: UFRGS. 2008.

SATO, L. Entrevista: Yves Clot. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 9(2), pp. 99-107**. São Paulo: USP. 2006.

SILVA, M. B., & Vieira, S. B. **O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental**. Saúde e Sociedade. 2008.

TEIN, A., & REIS, A. M. **O absenteísmo por dispensa médica e os prejuízos para gestão policial militar: um estudo de caso do 4º BPM**. (PMES, Ed.) Preleção, 11, pp. 31-48. Vitória: Dossi. 2012.

VIEIRA, C. E. C. **Traumas no Trabalho — uma nova leitura do transtorno do estresse pós-traumático**. Curitiba: Juruá. 2014.

VIOLANTI, J. M. **Padrões de estresse no trabalho policial — Um estudo longitudinal**. Revista Especial da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, 19-23. Rio de Janeiro: PMERJ.1993