

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**  
**MESTRADO EM INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA**

**LUCAS DANIEL FERNANDES CARDOZO**

**DIREITO À SAÚDE E POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO MARANHÃO:** uma  
avaliação da eficácia das políticas públicas de combate e prevenção ao suicídio no  
período de 2016 a 2021

São Luís

2022

**LUCAS DANIEL FERNANDES CARDOZO**

**DIREITO À SAÚDE E POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO MARANHÃO:** uma avaliação da eficácia das políticas públicas de combate e prevenção ao suicídio no período de 2016 a 2021

Dissertação apresentada no âmbito do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça.

**Linha de pesquisa:** Dinâmica e efetividade das Instituições do Sistema de Justiça.

**Orientadora:** Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos.

São Luís

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Cardozo, Lucas Daniel Fernandes

Direito à saúde e Polícia Militar do Estado do Maranhão:  
uma avaliação da eficácia das políticas públicas de combate  
e prevenção ao suicídio no período de 2016 a 2021. / Lucas  
Daniel Fernandes Cardozo. - 2022.

197 f.

Orientadora: Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos.  
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Direito e Instituições do Sistema de Justiça/CCSO,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Direito ao acesso à saúde. 2. Direito à saúde. 3.  
Polícia Militar. 4. Saúde Mental. 5. Suicídio. I. Ramos,  
Edith Maria Barbosa. II. Título.

**LUCAS DANIEL FERNANDES CARDOZO**

**DIREITO À SAÚDE E POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO MARANHÃO:** uma  
avaliação da eficácia das políticas públicas de combate e prevenção ao suicídio no  
período de 2016 a 2021

Dissertação apresentada no âmbito do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça.

**Linha de pesquisa:** Dinâmica e efetividade das Instituições do Sistema de Justiça.

**Data de Aprovação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2022

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Amanda Silva Madureira  
Universidade CEUMA

---

Prof. Dr. Delmo Mattos da Silva  
Universidade Federal do Maranhão

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que iluminou o meu caminho durante esta jornada. Senhor, obrigado pelo fim de mais uma etapa e que, diga-se de passagem, não foi nada fácil, pois metade da jornada eu convivi com a descoberta e tratamento de 02 (dois) aneurismas cerebrais, e até a cirurgia exitosa, graças ao meu bom Deus, foram momentos tensos até alcançarmos a vitória.

À família, minha base e que no decorrer desse mestrado, pude completar outro ciclo dessa instituição, que foi o de ser pai, e a benção foi tamanha que Deus nos proporcionou com a chegada de um casal lindo de gêmeos, Lucas Daniel Filho e Lara Sophie, o mundo ficou muito melhor com vocês em minha vida, essa vitória também é de vocês.

Agradeço também em especial a minha amada esposa, Déborah Santiago Leite Cardozo, que no início da trajetória, ombreada como sempre em todos meus projetos de vida, me dando forças e impedindo de fraquejar com sua confiança, carinho e dedicação peculiar, segurou na minha mão após o diagnóstico, tratamento e recuperação e que se mostrou mais guerreira ainda no papel de mãe com todas as letras da palavra, um orgulho para minha pessoa em tê-la como companheira e mãe dos meus filhos. A você, o meu muito obrigado, mesmo ciente de que quaisquer que sejam as palavras, jamais conseguirão expressar toda a minha admiração por você, te amo.

Agradeço minha família, pelo amor, dedicação, por tanto cuidado a mim, que é meu baluarte e meu refúgio aqui na Terra. Aos meus irmãos queridos, Marcos Daniel, Lia Raquel e Ana Raquel, agradeço por tudo, pela companhia e pela amizade acima de tudo. Aos meus pais, Francisco Xavier Cardoso e Maria de Fátima Fernandes Cardoso, o primeiro um exemplo sempre a ser seguido, de marido, pai, irmão e acima de tudo um cidadão de bom caráter, um homem simples, porém muito grandioso e a segunda uma eterna mãe coruja, para quem seus filhos nunca deixaram e nem deixarão de ser suas crianças. Tudo o que aprendi e o que me tornei agradeço a minha família, pela educação, pelos bons ensinamentos, pelas correções, pela força, pela companhia, pelo caráter, enfim, por tudo.

À minha professora e orientadora Edith Maria Barbosa Ramos, pela paciência, cuidado, dedicação e pelos sábios ensinamentos repassados tanto durante o curso, como no maravilhoso grupo de pesquisa em Direito Sanitário –

NEDISA e principalmente nessa etapa de orientação para a elaboração dessa dissertação. Os conhecimentos adquiridos, com certeza levarei por toda a vida, pois sei que foram de grande valia para minha formação e sem sombra de dúvidas, serão muito importantes para o desenvolvimento profissional. Obrigado amada professora.

Agradeço também a todos os professores que colaboraram com seu conhecimento para a minha formação acadêmica e profissional durante a minha jornada nesse grandioso Mestrado no PPGDIR/UFMA.

Agradeço ao NEDC/UFMA, pela quantidade e qualidade do conhecimento agregado em minha formação. Enalteço os ensinamentos do nosso tutor, Professor Paulo Roberto Barbosa Ramos, que proporcionou importantes momentos de saber.

Nesta hora de encerramento de uma etapa muito especial, em que a alegria por estar terminando se junta ao cansaço, lembro de todos os amigos e colegas que participaram comigo dessa jornada no PPGDIR/UFMA, em especial Laisse Lima e Rafaela Santos de uma maneira muito sincera e agradeço a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização dessa dissertação.

“Tudo bem você fraquejar, ninguém precisa ser forte o tempo todo. Apenas não desista”.

(ADLER LUSIE)

## RESUMO

O presente trabalho visa problematizar sobre quais os limites e possibilidades das políticas públicas e institucionais de saúde mental da Polícia Militar do Maranhão no enfrentamento dos casos de tentativas e/ou suicídios entre os policiais militares. O estudo parte do pressuposto de que as fragilidades das políticas institucionais, por não serem amplas e efetivas, impactam no acesso às políticas públicas de saúde mental dos policiais militares, privando-os do direito de acesso à saúde mental, o que conseqüentemente, pode impactar no aumento do número de suicídios pelos integrantes da corporação. Estrutura-se a investigação no objetivo geral de avaliar a eficácia das políticas públicas de combate e prevenção de suicídio, no período de 2016 a 2021, na Polícia Militar do Estado do Maranhão, e especificamente analisar o direito ao acesso à saúde mental como direito à saúde a partir da teoria da justiça desenvolvida por Rawls. Compreender a relação entre saúde mental, suicídio e as atividades desempenhadas pelos policiais militares do Maranhão e por fim, avaliar a estrutura da Polícia Militar do Maranhão, no que tange ao acesso às políticas públicas de saúde mental para profissionais de segurança pública, no combate e prevenção do suicídio e/ou tentativas na PMMA. O método de abordagem utilizado foi o crítico-dialético e como método de procedimento a pesquisa descritivo-exploratório, através de levantamento bibliográfico e documental, além de entrevistas semiestruturadas com o gestor da Corporação e profissionais ligados ao objeto da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa aplicada, qualitativa, com uma avaliação das políticas públicas e institucionais sobre o direito de acesso a saúde mental pelos policiais. Portanto, o trabalho justifica-se em desenvolver uma avaliação da eficácia das políticas públicas de saúde mental pelos policiais militares do Maranhão, por meio da compreensão das políticas institucionais da PMMA e conseqüentemente, auxílio no enfrentamento dos casos de suicídios e/ou tentativas. A partir dos resultados coletados, confirma-se a hipótese, constatando-se que as políticas institucionais de saúde mental disponibilizadas aos policiais militares são incipientes, fragmentadas, incompletas e desestruturadas, o que pode ocasionar adoecimentos em saúde mental e dificuldade em trabalhar a prevenção de eventos como tentativas de suicídios e suicídios consumados.

**Palavras-chave:** Direito à saúde. Direito ao acesso à saúde. Saúde mental. Polícia Militar. Suicídio.

## ABSTRACT

The present work aims to discuss the limits and possibilities of public and institutional mental health policies of the Military Police of Maranhão in dealing with cases of attempts and/or suicides among military police officers. The study assumes that the weaknesses of institutional policies, because they are not broad and effective, impact the access to public mental health policies of military police, depriving them of the right of access to mental health, which consequently can impact in the increase in the number of suicides by members of the corporation. The investigation is structured in the general objective of evaluating the effectiveness of public policies to combat and prevent suicide, from 2016 to 2021, in the Military Police of the State of Maranhão, and specifically to analyze the right to access mental health as a right to health from the theory of justice developed by Rawls. To understand the relationship between mental health, suicide and the activities performed by the military police of Maranhão and, finally, to evaluate the structure of the Military Police of Maranhão, regarding access to public mental health policies for public security professionals, in the fight and suicide prevention and/or attempts in PMMA. The method of approach used was the critical-dialectical and as a method of procedure the descriptive-exploratory research, through bibliographic and documental survey, in addition to semi-structured interviews with the manager of the Corporation and professionals linked to the object of research. This is an applied, qualitative research, with an evaluation of public and institutional policies on the right of access to mental health by police officers. Therefore, the work is justified in developing an evaluation of the effectiveness of public policies on mental health by the military police of Maranhão, through the understanding of the institutional policies of the PMMA and, consequently, assistance in dealing with cases of suicides and/or attempts. From the collected results, the hypothesis is confirmed, noting that the institutional mental health policies made available to the military police are incipient, fragmented, incomplete and unstructured, which can cause mental health illnesses and difficulty in working to prevent events such as attempted suicides and completed suicides

**Keywords:** Right to health. Right of access to health. Mental health. Military Police. Suicide.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Os círculos hierárquicos e a escala hierárquica da PMMA.....	67
Gráfico 1	– Número de suicídios na PMMA por círculos hierárquicos.....	69
Figura 1	– Logomarca oficial da campanha 2021 da OMS/OPAS.....	71
Figura 2	– Logomarca oficial da campanha setembro amarelo de 2021.....	71
Figura 3	– Logomarca oficial referente ao dia mundial de prevenção ao suicídio de 2021.....	72
Quadro 2	– Número de suicídios em 2012 segundo a OMS.....	73
Gráfico 2	– Número de policiais que perderam a vida.....	80
Gráfico 3	– Relação entre suicídios da população e dos policiais.....	81
Gráfico 4	– Número de suicídios no Maranhão em 2019 e 2020.....	81
Figura 4	– Campanha da Polícia Militar de Alagoas.....	96
Gráfico 5	– Médias de taxas de suicídios em Alagoas em 2018.....	97
Figura 5	– Campanha na PMMG.....	97
Figura 6	– Campanha da PMSP.....	98
Gráfico 6	– Percentual de policiais por gênero na PMMA.....	100
Gráfico 7	– Percentual de policiais atendidos por profissional da área de saúde	102
Quadro 3	– Relação entre profissionais de saúde mental e integrantes da PMMA.....	102
Gráfico 8	– Número de atendimentos realizados pelo CAPS/PMMA.....	107
Figura 7	– Logomarca da campanha na PMMA em 2021.....	109
Gráfico 9	– Número de tentativas de suicídios entre 2017 e 2021 na PMMA.....	110
Gráfico 10	– Número de suicídios na PMMA entre 2016 e 2021.....	111
Gráfico 11	– Comparativo entre número de policiais e suicídios por gênero.....	114
Gráfico 12	– Comparativo, taxas e estimativa de suicídios no MA.....	115
Quadro 4	– Relação entre saúde mental e atividade Policial Militar.....	121
Quadro 5	– Tratamento dispensado pela PMMA em saúde mental.....	122
Quadro 6	– Tipos de diagnósticos mais comuns.....	124
Quadro 7	– Como a PMMA trata os policiais com problemas de saúde mental...	125
Quadro 8	– Problemas que mais acometem os policiais.....	127
Quadro 9	– Sugestões de melhorias para o CAPS.....	129

## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS/PMMA	Centro de Assistência e Promoção Social da PMMA
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CFM	Conselho Federal de Medicina
DSPS	Diretoria de Saúde e Promoção Social
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Assistência e Promoção Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PMMA	Polícia Militar do Maranhão
PNPAS	Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil
PNSPDS	Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social
PRÓ-VIDA	Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública
PPMS	Programa de Prevenção e Manifestações Suicidas
RFB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
SUPRES	Suicide Prevention Program
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	DIREITO DE ACESSO À SAUDE COMO DIREITO À SAUDE.....	19
2.1	Conceito de direito à saúde.....	19
2.2	Equidade em saúde na teoria de John Rawls.....	24
2.3	Norman Daniels e o direito de acesso à saúde como concretização do direito à saúde.....	30
2.4	Direito de acesso à saúde como efetivação do direito à saúde.....	34
2.5	O direito à saúde no ordenamento jurídico.....	35
2.5.1	<i>Breve histórico do direito à saúde no Brasil.....</i>	38
2.5.2	<i>O direito à saúde na Constituição de 1988.....</i>	39
3	SAÚDE MENTAL E POLÍCIA MILITAR: a relação entre ambiente laboral e reflexos na saúde do policial.....	43
3.1	O protagonismo da saúde mental nos últimos anos.....	44
3.1.1	<i>Breve histórico da saúde mental no Brasil.....</i>	44
3.1.2	<i>Lei da reforma psiquiátrica.....</i>	49
3.1.3	<i>A importância dos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS.....</i>	51
3.2	Missão constitucional da Polícia Militar e características de suas atribuições no desempenho da função.....	52
3.2.1	<i>Genealogia da Polícia Militar: conceito e aspectos históricos.....</i>	54
3.2.2	<i>Previsão constitucional e missão da polícia militar.....</i>	57
3.2.3	<i>Polícia Militar do Maranhão: origem, aspectos históricos e previsão legal</i>	60
3.3	A relação entre saúde mental e profissão policial militar.....	62
3.3.1	Ambiente de trabalho do policial militar e estresse ocupacional.....	63
3.3.2	<i>A hierarquia e disciplina no ambiente laboral dos policiais militares como possível fator de adoecimento em saúde mental.....</i>	66
3.4	Os reflexos do adoecimento mental nas tentativas de suicídios ou suicídios consumados na PMMA.....	70
3.4.1	<i>Depressão e suicídio no cotidiano de Policial Militar.....</i>	70

<b>4</b>	<b>AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA E POLÍTICAS INSTITUCIONAIS DE COMBATE E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>4.1</b>	<b>Legislação e políticas públicas de promoção a saúde mental voltada para profissionais da Segurança Pública.....</b>	<b>88</b>
<b>4.2</b>	<b>Estrutura organizacional em relação à saúde mental na Polícia Militar do Maranhão.....</b>	<b>99</b>
<b>4.2.1</b>	<b><i>Centro de Assistência e Promoção Social da PMMA – CAPS/PMMA.....</i></b>	<b>100</b>
<b>4.2.2</b>	<b><i>Políticas institucionais de saúde mental disponibilizadas aos policiais militares do Maranhão.....</i></b>	<b>104</b>
<b>4.3</b>	<b>Análise dos casos de suicídios e/ou tentativas ocorridas na Polícia Militar do Maranhão no período de 2016 a 2021.....</b>	<b>110</b>
<b>4.4</b>	<b>Entrevistas sobre as políticas institucionais em saúde mental na PMMA.....</b>	<b>116</b>
<b>4.4.1</b>	<b><i>Entrevista com o comandante geral da Polícia Militar do Maranhão (Gestor).....</i></b>	<b>117</b>
<b>4.4.2</b>	<b><i>Entrevistas com profissionais do CAPS e NAPS da PMMA.....</i></b>	<b>120</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>133</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>141</b>
	<b>APÊNDICE A – OFÍCIO Nº 15/2020 – PPGDIR/UFMA.....</b>	<b>156</b>
	<b>APÊNDICE B – MEMORANDO Nº 023/2020 – CAPS/DSPS.....</b>	<b>158</b>
	<b>APÊNDICE C – MEMORANDO Nº 018 – DIVISÃO MÉDICA - DSPS.....</b>	<b>160</b>
	<b>APÊNDICE D – OFÍCIO Nº 164/2020-DP/1.....</b>	<b>162</b>
	<b>APÊNDICE E – OFÍCIO Nº 177/2020 - DSPS.....</b>	<b>163</b>
	<b>APÊNDICE F – OFÍCIO Nº 549/2020 – GCG.....</b>	<b>164</b>
	<b>APÊNDICE G – OFÍCIO Nº 04/2021 PPGDIR/UFMA.....</b>	<b>165</b>
	<b>APÊNDICE H – OFÍCIO Nº 46/2021 – DIVISÃO MÉDIA/DSPS.....</b>	<b>166</b>
	<b>APÊNDICE I – OFÍCIO 149/2021-DP/1.....</b>	<b>167</b>
	<b>APÊNDICE J – OFÍCIO Nº117/2021 – CAPS/DSPS.....</b>	<b>169</b>
	<b>APÊNDICE K – OFÍCIO Nº 255/2021 - DSPS.....</b>	<b>171</b>
	<b>APÊNDICE L – OFÍCIO Nº 811/2021 - GCG.....</b>	<b>172</b>
	<b>APÊNDICE M – OFÍCIO nº 001/2022 – PPGDIR/UFMA.....</b>	<b>173</b>

<b>APÊNDICE N – MEMORANDO Nº 16/2022 – CAPS/DSPS.....</b>	<b>177</b>
<b>APÊNDICE O – OFÍCIO Nº 072/2022 - DSPS.....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE P – OFÍCIO Nº 24/2022-JMS/DSPS.....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE Q – OFÍCIO Nº 090/2022 - DSPS.....</b>	<b>182</b>
<b>APÊNDICE R – OFÍCIO Nº 060/2022-DP/1.....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE S – OFÍCIO Nº 204/2022 - CGC.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO A – PORTARIA Nº 027/2007 - CGC.....</b>	<b>188</b>
<b>ANEXO B – PORTARIA Nº 024/2016 - CGC.....</b>	<b>189</b>
<b>ANEXO C – PORTARIA Nº 037/2021 - CGC.....</b>	<b>192</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um tema muito relevante, cujo interesse cresceu consideravelmente, não só no Brasil, como no mundo todo. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu primeiro relatório sobre prevenção do suicídio, alerta que mais de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, apontando o Brasil como oitavo país com maior índice de suicídio (OMS, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) divulgou o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil. Conforme aponta o estudo, baseado em dados recolhidos entre os anos de 2011 a 2016, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab. (BRASIL, 2017).

Entre os policiais, essa taxa cresce consideravelmente, no ano de 2019, ela ficou em torno de 17,4, por 100 mil policiais, quase o triplo da verificada entre a população geral desse mesmo ano (FBSP, 2020, p. 74). Em específico no Maranhão, esse número sobe para 25 por 100 mil policiais (MARANHÃO, 2021).

Contudo, a OMS aponta que o suicídio é passível de prevenção e destaca a importância de reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública e que destinar recursos para sua prevenção é um caminho estratégico para preservar e melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas, através de intervenções eficientes, bem fundamentadas, baseadas em evidências e em dados seguros, aplicando a determinado grupos de pessoas ajudando a prevenir as tentativas de suicídio e evitar o óbito por essa causa (BRASIL, 2017).

No exercício de seu mister constitucional, os policiais militares enfrentam diversos fatores que influenciam em suas funcionalidades físicas e emocionais, destacando-se a criminalidade e o risco de vida ao qual são submetidos a todo tempo. Esses fatores exercem uma grande influência na qualidade de vida, saúde física e mental desses profissionais.

Levando em consideração o grande problema ocasionado pelo número de suicídios e/ou tentativas que afligem a sociedade, e como parte integrante desta, a Polícia Militar do Maranhão (PMMA) e seu público interno, é notório que o apoio à saúde mental é devido pela Corporação e de fundamental importância para os seus integrantes, garantindo qualidade de vida aos mesmos, respeito aos seus direitos fundamentais e proporcionando prestadores saudáveis de serviço público à

sociedade, em pleno gozo de suas faculdades físicas e mentais, refletindo assim diretamente nas atividades de policiamento ostensivo e preservação da ordem pública, função constitucional reservada às polícias militares dos Estados.

Política pública é um processo onde existe articulação entre diversos sujeitos, com interesses e perspectivas variadas, representado assim, um conjunto de ações ou omissões do Estado, em virtude de decisões e indecisões, e, sendo um mecanismo de mudança social, com o propósito de proporcionar bem-estar de segmentos sociais e fator de distribuição de renda e equidade social, principalmente, para os mais destituídos (SILVA, 2013, p. 20).

Diante do exposto, a presente pesquisa se propôs a responder o seguinte questionamento: quais os limites e possibilidades das políticas públicas e institucionais de saúde mental da Polícia Militar do Maranhão no enfrentamento dos casos de tentativa e/ou suicídio entre os policiais militares?

Nesse sentido, o presente estudo partiu do pressuposto que as políticas institucionais desenvolvidas pela Polícia Militar no combate e prevenção ao suicídio entre os policiais militares são incipientes, fragmentas, incompletas e desestruturadas para garantir o direito de acesso às políticas públicas de apoio a saúde mental desses profissionais de segurança pública.

Conforme OMS (2014), em âmbito nacional, para que haja efetiva mudança social no que tange ao tema do suicídio, três pontos devem estar presentes: conhecimento, suporte público (apoio político), e uma estratégia social de abrangência nacional que tenha por objetivo alcançar metas relativas à prevenção ao suicídio.

Neste contexto, a não atuação, no sentido de aprofundar o desenvolvimento de uma política institucional ampla e efetiva de acesso às políticas públicas de saúde mental e garantir esse direito aos policiais militares, pode impactar no adoecimento dos profissionais e refletir no aumento do número de suicídios pelos integrantes da corporação.

Apesar de exercerem um papel fundamental na sociedade, os policiais militares estão vulneráveis a diversas situações que podem comprometer tanto a sua saúde física quanto psíquica. Eventos rotineiros como riscos de sofrer acidentes e violência no exercício das suas atividades, morte, estresse desencadeado pelo desempenho das tarefas e constantes responsabilidades, são fatores condicionantes de agravo à saúde, uma vez que podem favorecer o surgimento de doenças e

comprometer a saúde física e, principalmente, a saúde mental do trabalhador militar, necessitando de um amplo aparato por parte da Instituição com efetiva política institucional de apoio a saúde.

Diversos policiais sofrem com o chamado estresse ocupacional. Esse transtorno provoca exaustão, afastamento, fadiga, angústia, dentre outros sintomas. Tais circunstâncias contribuem com o crescimento dos casos de suicídios e/ou tentativas entre policiais militares, que demonstram a importância desses profissionais terem disponível o direito de acesso à saúde mental, através de políticas internas que assegurem tal direito.

A escolha do tema sobre a avaliação da eficácia das políticas públicas de combate e prevenção dos suicídios e/ou tentativas entre policiais militares da PMMA, proporcionou um olhar para esses profissionais que trabalham no limite entre a paz e o caos, recebendo diariamente uma carga muito grande de fatores que estudos, comprovadamente, definem como indicativos que facilitam afetar a saúde mental.

Portanto, o presente trabalho justificou-se por desenvolver uma avaliação da eficácia das políticas públicas de saúde mental pelos policiais militares do Maranhão, por meio da compreensão das políticas institucionais da PMMA e conseqüentemente, auxílio no enfrentamento dos casos de suicídios e/ou tentativas, entendendo que o embasamento teórico e prático sob um olhar crítico e reflexivo a respeito do ambiente de trabalho, de sua organização e estrutura, agrega valor à área de conhecimento.

Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa foi avaliar a eficácia das políticas públicas de combate e prevenção de suicídio, no período de 2016 a 2021, no âmbito da Polícia Militar do Estado do Maranhão. Ademais, foram construídos os seguintes objetivos específicos, cada um representando, respectivamente, um capítulo da presente pesquisa: 1) analisar o direito ao acesso à saúde como direito à saúde a partir da teoria da justiça desenvolvida por Rawls; 2) compreender a relação entre saúde mental, suicídio e as atividades desempenhadas pelos policiais militares do Maranhão; 3) avaliar a estrutura da Polícia Militar do Maranhão, no que tange ao acesso às políticas públicas de saúde mental para profissionais de segurança pública, no combate e prevenção do suicídio e/ou tentativas na PMMA.

Para alcançar o objetivo proposto de avaliar a eficácia do direito de acesso às políticas públicas de saúde mental pelos policiais militares, compreendendo as políticas institucionais de combate e prevenção de suicídio, foi

adotado o entendimento de Silva (2013), que define a avaliação como uma modalidade de pesquisa social aplicada, que envolve necessariamente um julgamento de valor, sem neutralidade, onde a realidade está em constante transformação, sendo a ciência marcada pelos valores da sociedade, sem separar teoria da prática, não existindo dicotomia entre sujeitos e objeto do processo, através de uma relação dialética entre as dimensões e ela inerentes: a dimensão política e a dimensão técnica.

Deste modo, por eficácia a ser aferida, entende-se a relação entre os objetivos atingidos e os objetivos que constam na proposta da política, ou seja, o cumprimento das metas estabelecidas, que serão analisadas a partir da política institucional da PMMA e sua estrutura de acesso ao direito a saúde mental por parte de seus integrantes no enfrentamento do suicídio.

A pesquisa avaliativa será compreensiva e interna, e conforme classificação de Silva (2013), capaz de clarificar causalidades e relacionar os objetivos previamente especificados com a combinação de avaliação de processo e de impactos, e, segundo a procedência do avaliador, foi realizada no interior da PMMA, por pesquisador integrante da instituição, mas que não pertence ao setor responsável pela política e nem está diretamente vinculado à formulação ou execução do programa, o que proporciona minimizar o inconveniente de menor objetividade frente ao envolvimento e identificação entre avaliador e avaliado.

O raciocínio ou método de abordagem utilizado na presente pesquisa, para aceitar ou refutar um fato ou fenômeno como verdade foi o crítico-dialético:

[...] que permite o desenvolvimento das avaliações a partir de aproximações sucessivas com a realidade, de modo a possibilitar movimentos articulados capazes de superar a aparência e desvendar a essência dos fenômenos, no caso, o objeto da avaliação. Trata-se de uma tentativa de construção da realidade, partindo do abstrato ao concreto, com uso articulado de diferentes procedimentos de pesquisa e informações provenientes de diferentes fontes, com realce para as prestadas pelos diferentes sujeitos envolvidos no processo da política ou programa avaliado, privilegiando-se aqui os usuários, maiores interessados nesse processo. Busca-se chegar a uma construção da realidade, mediante levantamento de informações, considerando alguns pressupostos fundamentais (SILVA, 2013, p. 91).

Através dessa abordagem dialética, tenta-se construir a realidade, partindo do abstrato ao concreto, e essa mudança proposta nas condições de vida do grupo pesquisado, no caso, os policiais militares, serão consideradas em virtude de vários fatores, tais como as condições financeiras materiais e institucionais,

especificidades das conjunturas e a ação de diversos sujeitos, tais como os responsáveis pela implementação das políticas públicas, os profissionais e técnicos que atuam nos setores de promoção de saúde mental na corporação e os policiais que são os usuários e maiores interessados no processo, o que inclusive, é defendido por Silva (2013, p. 91) como sendo parte da perspectiva metodológica sugerida para esse tipo de avaliação, pois “[...] situa a política ou programa na sua relação com o Estado e a sociedade, considerando que toda avaliação é desenvolvida num contexto de sujeitos e interesses; ela nunca é consensual ou definitiva [...] é um ato político, mas também técnico”.

Dentre os diversos métodos de procedimento existentes, foi utilizado o método apropriado a pesquisa descritivo-exploratório, onde a coleta de dados compreendeu levantamento bibliográfico e principalmente documental, com entrevistas semiestruturadas com o gestor da Corporação, afim de avaliar a percepção estratégica sobre o tema e com profissionais dos Centros de Assistência e Promoção Social (CAPS) e do Núcleo de Assistência e Promoção Social (NAPS), dentro da instituição, com intuito de colher informações sobre as políticas institucionais e o direito de acesso à saúde mental pelo policiais, e conforme Lakatos e Marcone (2019, p. 298), “[...] as pesquisas acadêmicas, em um primeiro momento, seriam exploratórias, visto que o pesquisador raramente tem definido com clareza o objeto de sua investigação” e descritiva, que “[...] objetivam descrever as características de uma população, ou identificar relações entre variáveis”. Portanto, através de uma abordagem qualitativa, foi avaliado o direito de acesso as políticas públicas de combate e prevenção ao suicídio através da compreensão das políticas institucionais da PMMA.

Levando em consideração a finalidade, a pesquisa é aplicada, esperando-se adquirir conhecimento para a solução de um problema específico e de acordo com seus objetivos, tem característica descritiva com análise de dados e exploratória, a fim de conhecer mais a fundo o objeto da investigação, através de levantamento bibliográfico e documental. Foi desenvolvida sobre uma abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2016), serve para responder a questões muito particulares, com intuito de compreender a realidade social vivida e compartilhada pelos seres humanos com seus semelhantes, através de três fases distintas e complementares, exploratória, trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental.

Ressalta-se o que se estabelece na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em seu item II.14:

[...] pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos (BRASIL, 2012).

Assim, como essa pesquisa não utilizou de dados sensíveis, material biológico e informações, não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, haja vista os dados sobre suicídios serem publicados em veículos de comunicação com acesso a todos, bem como o foco da pesquisa ser uma avaliação no contexto político-jurídico.

Com relação a estrutura do presente estudo, encontra-se dividido em cinco partes. Inicialmente com a introdução. No segundo capítulo aborda-se sobre o direito de acesso à saúde mental como forma de concretização do direito à saúde a partir da teoria da justiça desenvolvida por Rawls. No terceiro capítulo visa-se compreender a relação entre saúde mental, suicídio e as atividades desempenhadas pelos policiais militares do Maranhão. No quarto capítulo avalia-se a estrutura da Polícia Militar do Maranhão, no que tange ao acesso às políticas públicas de saúde mental para profissionais de segurança pública, no combate e prevenção do suicídio e/ou tentativas na PMMA.

Por fim, nas considerações finais, apontam-se os resultados obtidos com o desenvolvimento da pesquisa.

## **2 DIREITO DE ACESSO À SAUDE COMO DIREITO À SAUDE**

A sociedade evolui com o passar do tempo e o direito deve acompanhar essas mudanças para que possa cumprir com seu papel. Para Bobbio (2010, p.15) “[...] o direito é um conjunto de normas, ou regra de condutas”, uma ordem normativa social, que regula a conduta humana em relação a outras pessoas e que pode prescrever ou proibir condutas. Portanto, o direito deve conseguir alcançar seu objetivo, sendo útil, tentando manter as relações entre as pessoas harmoniosa.

O direito de acesso a saúde como direito a saúde torna-se um dos caminhos possíveis a seguir na tentativa de conceituar direito à saúde, porém, não é algo fechado ou que podemos considerar como o único viés que esteja correto, pois muitas são as facetas dessa definição.

Ramos (2014, p.26) ressalta que o conceito de direito a saúde não é algo consensual, justamente em virtude de diversas denominações que podem ter alcances diferentes a depender dessas significações e ao tipo de perspectiva de saúde ser aplicada, expressando que existe o direito à saúde, o direito à assistência sanitária, direito a proteção à saúde, direito a gozar de um nível adequado de saúde ou direito ao máximo nível possível de saúde e o direito ao mínimo decente de assistência sanitária.

Durante essa evolução social, o direito a saúde foi ganhando força, até chegar ao status de direito humano, e no Brasil, a ter status constitucional de direito social, assegurado a todos por dever do Estado.

### **2.1 Conceito de direito à saúde**

O direito à saúde não possui uma única compressão de seu significado e abrangência. Diversas abordagens, teorias e aspectos surgem quando se fala da proteção da saúde. Existe um debate acerca da categoria ou tipo em que se inclui o direito à saúde.

A própria OMS possui um conceito de direito à saúde considerado muito amplo e bastante abrangente, sendo taxada de utópico, ou seja, da forma como é apresentado se torna distante a sua devida concretização em toda sua dimensão. Portanto, a depender do enfoque a ser abordado, diversas teorias sobre direito à

saúde podem ser utilizadas e, conseqüentemente, observa-se uma multiplicidade de conceitos sobre direito à saúde.

Falar em direito à saúde é bastante amplo, envolve saber o que realmente entendemos por direito, bem como definir o que é saúde e, podermos analisar o direito à saúde e o seu conceito. Ramos (2014, p. 26) assevera que “[...] parece de menor importância, mas a problemática da saúde transita, inicialmente, por sua própria definição”.

A saúde para muitos é entendida como uma questão restrita a fatores biológicos, para outros um fenômeno complexo e com múltiplas determinações, que tem suas bases na forma em que vivemos e nos organizamos (BARRETO, 2017, p. 2098). Para o autor, foi estabelecida a ideia de que as condições de saúde das populações estão diretamente relacionadas ao contexto em que estas pessoas vivem e à posição dos indivíduos na pirâmide social, ou seja, a saúde não pode ser compreendida apenas uma ausência de doenças.

No entendimento de Ramos (2014), essa concepção de saúde, se opõe a qualquer fundamentação baseada exclusivamente na separação saúde/doença, por entender que o conceito de saúde não deve ser minimalista. Para a autora, as diversas espécies normativas no âmbito internacional e nacional, inclusive alçando o direito à saúde como direito humano fundamental, possuem alto grau de heterogeneidade, garantindo elementos de garantia de nível adequado de vida, assistência médica e serviços básicos. O que demonstra a complexidade em definir o direito à saúde, pois engloba a proteção, assistência, promoção ou restauração da saúde.

Conforme Dalari (1988), ao longo do tempo, no decorrer da existência da humanidade, muito já foi escrito sobre a conceituação de saúde, desde Hipócrates, considerado o pai da Medicina, passando por Paracelso, Engels e Descartes, cada um com sua visão do que deveria ser importante ao conceituar saúde. Sobre as diferentes conceituações de saúde, temos a defendida por Dejours (1986), que destaca a percepção de movimento do homem no mundo e, também, da sua saúde como um estado instável, pois para ele, a saúde seria, antes de tudo, compromisso do homem com a sua realidade, os quais não são nem duradouros e nem permanentes, mas se modificam, são conquistados e reconquistados, defendidos, ganhados ou perdidos.

Portanto, Dejours (1986) propõe um conceito de saúde em que o homem disponha dos meios de projetar um caminho pessoal e original, no rumo de um bem-estar físico, psíquico e social, especificando que a posse desses meios, fundamentalmente, é a liberdade de regular por si as variações e oscilações que se dão no organismo – bem-estar físico; a liberdade do desejo pessoal em organizar e administrar sua própria vida – bem-estar psíquico; e a liberdade de agir, tanto individualmente como coletivamente, na sua relação com o outro, não só no trabalho organizado, mas nas relações sociais como um todo bem estar.

Na verdade, pela definição de Canguilhem (1990, p. 159), “[...] a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio”, o autor explica o que deve ser entendido como infidelidades do meio, a incerteza sobre o que o meio pode nos proporcionar, sejam acidentes imprevisíveis, porém perfeitamente possíveis, um mundo onde existem erros, infrações, falhas, transgressões, sem os quais seria impossível a construção e transformação históricas. Completa ainda o autor, ao afirmar que a saúde pode ser definida, também, como um conjunto de segurança para o presente, ou seja, o momento atual da pessoa, porém, também como de seguros como prevenção do futuro, de momentos à frente desconhecidos do que pode ocorrer, assim, saúde nada mais é do que dispor de um luxo biológico, onde você pode estar perfeitamente bem, gozando de boa saúde, entretanto, importante ressaltar que esse luxo biológico só se concretiza caso a pessoa venha adoecer e consiga se recuperar, ai sim, podendo ser afirmado que essa pessoa goza de saúde.

Tratando do conceito de direito à saúde, Dallari (1988) aduz que a palavra direito é algumas vezes utilizada em sentido axiológico como sinônimo de justiça e muitas outras em sentido subjetivo, ou seja, ora como um direito que a sociedade no geral dispõe e deve ser assegurado a todos e em determinados momentos como algo intrínseco do ser humano, de forma individual.

É esse o entendimento de Ramos (2014, p. 27), ao afirmar que “[...] a consideração do direito a saúde dos indivíduos e sua proteção aparecem fortemente vinculadas com aspectos relativos ao nível e as condições da população”. Complementando esse entendimento, Ramos e Diniz (2017) defendem que

[...] o direito à saúde não pode ser compreendido na dimensão puramente individual, no sentido de que ser saudável depende tão somente do indivíduo. Ao contrário, envolve uma série de fatores individuais e coletivos, mostrando-se a um só tempo direito individual e social. É individual porque envolve o direito de não sofrer violações por parte de terceiros e do Estado

e social por exigir do governo a prestação de serviços públicos para a prevenção de doenças e para a promoção, proteção e recuperação da saúde (RAMOS; DINIZ, 2017, p. 170).

Para as autoras, o direito à saúde além de individual é também um bem coletivo, exigindo a participação da sociedade e do Estado na sua promoção.

Nessa perspectiva, na compreensão do conceito de direito à saúde, fica evidente a dificuldade que existe para a sua garantia, principalmente quando se considera a amplitude e extensão da significação do termo saúde.

Outra questão que deve ser ressaltada é a complexidade do direito à saúde, tendo em vista o envolvimento de diversos fatores, entre os quais podemos destacar que na perspectiva ou no âmbito individual o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção, embora essa liberdade muitas das vezes seja confundida com igualdade, o que é importante destacar que são duas coisas distintas. No entendimento de Dallari (1988), as pessoas devem ser livres para fazer as suas escolhas que envolvam as relações no direito sanitário, escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que cidade e que tipo de vida pretendem viver, suas condições de trabalho.

Conforme descreveu Dallari (1988), após a segunda guerra mundial o mundo viveu várias transformações e uma delas foi na necessidade iniludível de promover um novo pacto, encontrar soluções e saídas para o mundo pós-guerra. O pacto, personificado na Organização das Nações Unidas (ONU), fomentou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, ao mesmo tempo em que incentivou a criação de órgãos especiais dedicados a garantir direitos considerados essenciais aos homens. Reconhecida como direito humano, a saúde passou a ser objeto da OMS.

Dentre os vários conceitos de direito à saúde, é certo que o mais conhecido e citado, até mesmo pela necessidade de ampla difusão e divulgação, diz respeito ao que é descrito pela Organização Mundial de Saúde que, no preâmbulo de sua Constituição (1946), assim a conceitua: "[...] saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (OMS, 1946, p. 1). De imediato, percebemos então, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde.

A aceitação da influência decisiva do meio sobre a saúde, porém, não impediu o exercício da crítica a conceituação proposta pela OMS. Ressalta Berlinguer (1996) que constitui uma verdadeira utopia esse conceito apresentado pela organização, pois em virtude dessa abrangência, dificilmente chegaríamos a ter uma pessoa que usufruísse de todas essas grandezas e dimensões e desse pleno estado de higidez.

Parte da crítica dirigiu-se ao que seria o caráter demasiadamente genérico e pouco operacional do conceito oferecido pela OMS (1946). No entanto, Ramos e Diniz (2017) afirmam que embora existam essas críticas, ele constitui um marco muito importante para o estudo do tema. E ainda Globekner (2011) expõe um ponto positivo nesse conceito, ao afirmar que essa definição por parte da OMS, contribui significativamente para ajudar superar aquela ideia antiga de definição negativa de saúde, que era visto como sendo a ausência de doenças, e o biologicismo que marcou o contexto do desenvolvimento da Revolução Industrial durante o século XIX e começo do século XX.

Outro ponto positivo nessa definição é que:

A OMS conseguiu integrar a ideia de proteção, promoção e recuperação da saúde num contexto geral, reconhecendo seu duplo caráter: individual e social, numa configuração de saúde como bem público geral [...] e a partir da análise desse conceito [...] significa atender à existência de uma correlação entre a saúde das pessoas e o desenvolvimento socioeconômico do Estado (ROCHA, 2014, p. 28).

Outro autor que ajuda na formação do conceito de direito à saúde é Lugo (2005, p. 29), afirmando que “[...] la abundancia de definiciones de salud hace que el debate sobre el derecho a la salud se torne complejo em la definición misma del bien jurídico a proteger”. Para ele, alguns autores tornam praticamente impossível, em virtude de uma aparente tolerância discursiva, que beira a impossibilidade jurídica, pois tratam a saúde de maneira muito geral e sem limites, discutindo-a como um todo, e assim, afirmam que a saúde é viver livre, feliz e solidariamente.

A ideia de saúde para Lugo (2005) vai além de serviços de urgência hospitalares que seriam o direito à saúde em sentido estrito, ou seja, somente aqueles referentes a assistência médica. Defendendo essa complexidade da definição do direito à saúde, o autor afirma que

[...] una definición de la salud como bien jurídico debe tener al menos tres requisitos: 1) que sea moralmente aceptable (socialmente consensuada) y no sólo un concepto académico, sino que resuelva necesidades humanas

concretas, 2) que sea real y potencialmente garantizada servicios de salud la salud, siendo definida en términos de formas racionales para el mantenimiento o reposición de la salud, 3) que es legalmente aplicable, por tanto, puede enmarcarse dentro de la lógica jurídica que nos obliga a definir el bien jurídico a proteger y que fue propuesto desde un principio como objeto del derecho a la salud, que es precisamente salvar vidas, mantener la salud, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (LUGO, 2005, p. 71).

Porém, o autor afirma que dificilmente poderia aceitar uma definição de direito à saúde considerando a saúde como um todo bem amplo, sem cair num mar de incertezas e questionamentos, além do que tornar o conceito juridicamente inviável.

Assim, ao analisar as várias vertentes sobre o conceito de direito, seja direito de assistência à saúde, prevenção e promoção, percebemos as mudanças que ocorrem.

## **2.2 Equidade em saúde na teoria de John Rawls**

Ao estudar anteriormente a construção e concepção do conceito de direito à saúde, ficou claro que tal direito é reconhecido como direito fundamental, elencado como um dos direitos humanos inerente as pessoas, conforme a defesa da OMS em sua Constituição e adquiriu status constitucional no Brasil com sua expressa classificação como direito social.

Porém, ao deslocar da teoria em direção a sua observação na prática, ou seja, ao depararmos com sua aplicabilidade, verificamos que existe uma enorme demanda de esforços para que esse direito a saúde seja distribuído e garantido a todos de forma universal e integral.

Afirma Barreto (2017) que os estudos da desigualdade em saúde ao partirem de diferentes fundamentos teóricos para suas investigações empíricas, oferecem diferentes interpretações e soluções para o problema.

John Rawls (2000), filósofo americano, em sua obra principal intitulada “*Uma teoria da Justiça*” conseguiu assegurar ao seu trabalho, *status* de uma das obras centrais da filosofia contemporânea, influenciando o pensamento jurídico brasileiro com o reavivamento de debates sobre justiça que estavam adormecidos ou esquecidos desde o protagonismo do positivismo jurídicos entre os séculos XVIII e XIX.

O autor desenvolveu a base de sua teoria nos valores de liberdade e igualdade, a primeira como sendo valor supremo da vida humana e a outra, valor fundamental da convivência da comunidade política, esses dois pilares eram considerados de intersecção inviável até então, devido a isso, o autor ficou conhecido como um liberal igualitário.

Nesse sentido, porém mais abrangentes, Monteiro e Morais (2019), vão além, ao destacar que “*Uma teoria da Justiça*” trata-se da obra da vida de Rawls, elaborada sob uma argumentação que, ao mesmo tempo que é depurada e de entendimento claro de suas ideias, implica em dizer que seja simples, pois envolve como já foi citado anteriormente, a tentativa de conciliação e a busca de solução para um grande dilema dos estudos da época, qual seja, conseguir encontrar resposta para a seguinte indagação: como conciliar ou garantir direitos iguais a todos numa sociedade altamente desigual, típica de um mundo democrático? Segundo Ribeiro e Schramm (2004, p. 1143):

Rawls queria elaborar os princípios de justiça que deveriam regular o conjunto de instituições políticas, sociais e econômica que formam a estrutura básica das sociedades democráticas, pluralistas e liberais. Esses princípios são: o princípio de liberdades básicas iguais para todos (universalista), o princípio de igualdade de oportunidades para todos (também universalista) e o princípio da diferença (focalizado).

Rawls (2000, p. 64) afirma que sociedades e instituições somente são justas se pautadas por cada um desses princípios básicos, descritos originalmente da seguinte maneira: primeiramente cada pessoa tem direito igual a mais extensa liberdade básica compatível com uma liberdade semelhante para os outros. Em segundo lugar: desigualdades sociais e econômicas devem ser dispostas de modo que sirvam tanto (a) como vantagem razoável a todos, e (b) ligadas a posições e cargos abertos a todos.

Contextualizando para o direito à saúde, Mario (2014) afirma que Rawls não explicita uma discussão sobre a saúde diretamente em sua obra, ou seja, em sua teoria ele não cita a saúde como um dos bens primários em uma sociedade justa, pois para o autor, em uma sociedade bem ordenada, a saúde não se coloca como um problema de justiça distributiva, que é o foco do seu estudo. A questão fundamental é que Rawls considera a saúde como uma contingência que pode afetar as expectativas de vida e pode ser desencadeador de desigualdades, mas em

sua teoria os menos favorecidos não são definidos pela ausência de saúde, pois a saúde não é um bem primário.

Ainda em sua obra, Rawls (2000) define como bens primários, aquelas coisas que são objetos de desejo racional por parte dos homens, aquilo que, independentemente dos planos de vida de cada um, ele presumivelmente quer. Nesse ponto, aparece o papel das instituições, que seria o de distribuir, na base da sociedade e de forma justa, bens primários sociais. Além desses bens primários sociais, Rawls aponta a existência de bens primários naturais, entre eles, a saúde, o vigor, a inteligência e a imaginação. É justamente nesse ponto de sua obra, que o autor menciona sobre direito a saúde.

Com relação aos bens primários naturais, Rawls (2000, p. 66) não se preocupou em definir sua escala de importância, a forma como deveriam ser tratados ou distribuídos pela sociedade, tendo se limitado a dizer que, “[...] embora a sua posse seja influenciada pela estrutura básica, eles não estão sob seu controle de forma tão direta”.

A respeito dos bens primários, que fazem parte da ideia central da teoria adotada por Rawls, ele deixa bem claro em que consiste esses bens para as pessoas, afirmando que eles são “[...] definidos por aquilo que para ela representa o plano de vida mais racional a longo prazo em circunstâncias favoráveis. O bem é a satisfação do desejo racional” (RAWLS, 2008, p.111). Portanto, uma pessoa mais ou menos sucedida, realizada em tais planos, seria uma pessoa feliz, realizada e plena.

Um grande questionamento surge com a teoria, que é justamente o fato de que nem todos têm acesso aos mesmos bens, diferença que pesa negativamente sobre a realização dos planos daqueles que têm acesso a uma parcela menor de bens, ou seja, os menos favorecidos ou que estejam em um patamar melhor posicionados, e com isso, acaba por inviabilizar a busca e alcance pela felicidade por essa parcela de pessoas. Rawls (2008), em sua obra “*Uma justiça como equidade*”, defende que o acesso aos bens é assegurado a todos, pois

[...]uma liberdade igual para tentar realizar qualquer plano de vida que lhe agrade, contanto que não transgrida o que a justiça exige. Os homens repartem os bens primários segundo o princípio de que alguns podem ter mais se forem bens adquiridos de maneira que melhore a situação dos que têm menos. Uma vez que o arranjo como um todo é estabelecido e está em funcionamento, questões sobre os totais de satisfação ou de perfeição não se apresentam (RAWLS, 2008, p.112).

Assim, Rawls julga que cada indivíduo tem um plano de vida racional, elaborado segundo sua situação e considerado preferível perante alternativas. Para sua concretização, defende que exista uma diversidade de bens que o indivíduo espera ter, já que seu êxito tem relação direta com a quantidade e a qualidade dos bens de que dispõe. Os princípios da justiça facilitam a tarefa de elaboração de um índice de bens primários, pois garantem a realização das liberdades fundamentais e da igualdade equitativa de oportunidades.

Os bens primários são, também, as condições e meios necessários para que os cidadãos possam desenvolver-se e exercer plenamente suas duas faculdades morais: a capacidade de ter um senso de justiça, de compreender e de aplicar os princípios de justiça política e, a capacidade de formar uma concepção de bem. Além disso, eles garantem as condições de realização das concepções de bem dos cidadãos. São coisas exigidas por uma concepção política que define as pessoas como membros cooperativos da sociedade. Trata-se do que pessoas livres e iguais precisam como cidadãos. Em outro trecho de sua obra Rawls faz nova referência à saúde, e afirma que

[...] as instituições são classificadas de acordo com sua efetividade para garantir as condições necessárias para que todos possam igualmente promover seus objetivos ou de acordo com sua eficiência na promoção de objetivos em comum que beneficiarão a todos de maneira semelhante. Assim, normas razoáveis para manter a ordem e a segurança públicas, ou medidas eficazes de saúde pública e seguridade social, promovem o interesse comum, nesse sentido (RAWLS, 2008, p. 115).

Portanto, o autor supracitado incorpora em suas ideias o reconhecimento que a saúde pública pode gerar efeitos distributivos, porém, se as desigualdades sociais e econômicas forem justas, esses efeitos podem ser postos de lado e o princípio do interesse comum pode se aplicar.

Na teoria da justiça como equidade, Rawls não coloca a saúde no mesmo patamar dos bens primários e com isso a desloca para os bens naturais, nem mesmo considera como um fator que incida sobre a realização das expectativas das pessoas. Com isso, entendemos que o autor não considera a saúde um problema em uma sociedade justa e bem ordenada como a defendida pelo autor através de seus princípios da justiça.

Para Paranhos *et al.* (2018, p. 1006), independente da teoria da justiça trabalhada por Rawls não ter especificamente abordado o direito à saúde, a reflexão inferida pelo desenvolvimento do princípio da diferença, levou, no campo da

assistência à saúde, à instituição de sistemas de saúde criados sob as bases da universalidade de acesso e da equidade na distribuição de recursos escassos. Tal entendimento é corroborado por Silveira (2017), defensor de que nem as necessidades básicas de saúde, nem os recursos, bens, instituições e serviços que são importantes e fundamentais para um atendimento sanitário, efetivando o direito à saúde, foram incluídos na lista de bens primários que fundamentam a teoria de Rawls. Ficando a dúvida se poderia ser resolvida com a simples ampliação desse rol.

As obras de Rawls<sup>1</sup> trazem em determinados momentos menções a questão do direito à saúde, porém não da forma como são abordados alguns bens que estão no cerne de seu estudo, o que, de maneira alguma inviabiliza ou exclui o direito sanitário de sua filosofia. Como afirmam Paranhos *et al.* (2018), embora Rawls tenha evitado abordar de forma direta e defender o alcance dos bens naturais, pois ele poderia ter incluído no rol os serviços de cuidados em saúde como um bem social, nem por isso ele deixou de explanar sua defesa pela ideia, a partir do momento que ele deixa bem claro que as instituições devem proteger a saúde a fim de salvaguardar o leque de liberdades que sua teoria defende, assim como as oportunidades que as pessoas devem ter.

Em “*Uma teoria da justiça*”, Rawls recebeu bastante críticas por diversos autores após o acesso aos seus trabalhos. Michael Sandel, autor contemporâneo do comunitarismo criticava a ideia contratualista de Rawls, bem como o individualismo presente em sua teoria. No entanto, a crítica que Sandel fez a Teoria da Justiça, pode já ser interpretada como uma crítica à teoria da justiça liberal defendida pelo liberalismo, isto é, ao tipo de arranjo social que o liberalismo defende e ao modo como trata as relações entre pessoas desiguais. Na leitura de Sandel (1998), Rawls não oferece uma teoria da comunidade que seja capaz o suficiente para atingir os propósitos da justiça.

De acordo com Sandel (1988), a visão de comunidade rawlsiana é aquela onde as pessoas possuem certos fins últimos compartilhados [shared final ends] e veem o esquema de cooperação social como um bem si mesmo. Essa noção de comunidade é apresentada em contraste com outra concepção, a qual ele diz tratar-se de uma comunidade instrumental. Assim, enquanto que na visão de comunidade

---

<sup>1</sup> RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.  
\_\_\_\_\_. *Justiça como Equidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

de Rawls os interesses das pessoas “[...] não são uniformemente antagônicos, mas em alguns casos [são] complementares e sobrepostos” (SANDEL, 1988, p. 148); na visão instrumental, levam-se em conta apenas interesses próprios e os “[...] indivíduos consideram os arranjos sociais como um fardo necessário e cooperam apenas com o objetivo [for the sake] de perseguir seus fins privados” (SANDEL, 1988, p. 148).

Deste modo, fica claro tratar-se de duas concepções distintas de comunidade: uma considera somente os fins particulares; a outra, os fins últimos compartilhados. Não obstante serem duas concepções de comunidades distintas, Sandel argumenta que ambas as noções são individualistas, mas de uma maneira diferente (SANDEL, 1988, p. 285).

De qualquer maneira, justamente por uma e outra concepção de comunidade ser individualista, embora cada qual a seu modo, é que nenhuma delas pode dar conta daquilo que, em termos práticos, exigem os princípios da justiça, sobretudo, o princípio da diferença, isto é, uma teoria forte de comunidade.

Robert Nozicki, assim como Rawls, era um autor liberal, porém o criticava principalmente no que diz respeito ao princípio da diferença preconizado por Rawls, pois não acredita que ele seria suficientemente liberal e também pelo fato de acordo com Nozicki (1974), devíamos ter um Estado mínimo, que seria totalmente incompatível com a proposta de redistribuição dos bens econômicos e sociais.

Enrique Dussel, filósofo partidário da defesa da Filosofia da Libertação, diverge de Rawls quanto ao caráter universal da teoria e sua aplicabilidade fora da visão eurocentrista de mundo, para ele o próprio véu da ignorância proposto por Rawls é infactível e inalcançável, pois as diferenças são postas antes mesmo do nascimento, como uma carga não escolhida e que não depende de aceitação ou não das pessoas (DUSSEL, 2000).

Para o autor, o véu da ignorância seria um recurso hipotético e de impossível factibilidade, na medida em que as condições naturais e de nascimento são históricas e econômicas. Ou seja, se alguns indivíduos possuem maiores condições econômicas ao nascerem em determinada estrutura familiar, então o processo de acumulação do capital já teria se efetivado antes mesmo do nascimento.

Dussel (2000) afirma que Rawls tem dificuldade em compreender que um aspecto é a sorte de nascer em família mais ou menos afortunada, mas outro fator é

que existam estruturas históricas e sociais (não naturais, portanto) que determinam essas desigualdades.

Se no primeiro princípio se fala de “igualdade”, no segundo se admitem a priori (já que seriam fruto da “posição originária”) “desigualdades (inequalities)”. O leitor desprevenido se pergunta: Por que se admitem “igualdades” políticas ou formais e se propõem ao mesmo tempo “desigualdades” sociais e “econômicas (economic)”? Não se deveria formular, ao menos em princípio, uma igualdade social e econômica como ponto de partida? Nunca se dão razões para indicar o porquê desta contradição fundamental em todo o argumento de Rawls – em geral, os críticos de Rawls não tocam tampouco esta questão (o que indica que admitem essas desigualdades a priori). Mas é mais grave a questão, já que surgem argumentos para provar que essas desigualdades são “naturais”. [...]. Rawls tem uma cegueira especial em compreender que a) um aspecto é a “sorte” de nascer em uma família mais ou menos afortunada (isto é pura casualidade), mas b) outro, que haja estruturas históricas (não naturais) e sociais em que nos cabe nascer, perfeitamente analisáveis, determináveis pelas ciências sociais críticas: [...] (DUSSEL, 2000, p. 178-179).

Ainda que Rawls reconheça que tais desigualdades não são merecidas, Dussel, afirma que ele nunca as trata como injustiças.

E por fim temos as críticas de Norman Daniels, que tentou aproveitar a teoria de Rawls adaptando-a para o direito à saúde, conforme será abordado em seguida.

### **2.3 Norman Daniels e o direito de acesso à saúde como concretização do direito à saúde**

Norman Daniels é um filósofo americano, estudioso da área de bioética, ética e saúde da população. Detentor de diversas obras relacionadas a teoria da justiça, justiça e equidade intergeracional e justiça e saúde. Foi responsável por tentar adaptar a teoria desenvolvida por John Rawls para o âmbito do direito à saúde, preocupando-se com o fato de Rawls ter dado pouca visibilidade à saúde em suas obras.

A compreensão do autor sobre saúde parte de um conceito inicialmente estreito, para Daniels (1996) a saúde deve ser entendida como ausência de doença, incluindo deficiências provenientes de acidentes; doenças são desvios na organização funcional normal de um organismo típico de determinada espécie; funcionamento que nos permite realizar nossos objetivos enquanto seres sociais e por mais que fosse considerada restrita essa concepção, seria necessária uma considerável gama de serviços sociais e de saúde, para satisfazê-la, como por

exemplo nutrição e abrigo apropriados, lugar saudável, que atenda as exigências sanitárias e despoluído, para morar e trabalhar, exercício físico, descanso, lazer; serviços preventivos, cura e reabilitação e, serviços de suporte médicos. Essa caracterização da saúde tem implicações para o que conta como buscar a equidade na saúde (DANIELS, 2006, p. 23).

Posteriormente em outra obra, o autor expandiu, ou seja, ele ampliou o conceito, sendo assim, Daniels (2008) passou a defender uma definição de saúde que demanda uma série de bens e serviços necessários para a manutenção do ser humano em pleno funcionamento ao longo de nossas vidas. Tais bens e serviços são necessários também para manter nosso leque de oportunidades, ou seja, as diferentes opções de planos de vida que pessoas razoáveis ensejariam para si, o que também depende das características de uma sociedade, sua história, condições materiais de bem-estar, seu desenvolvimento tecnológico e sua cultura; aspectos que são relevantes para considerações de saúde.

As decisões sobre esses planos de vida precisam ser tomadas levando em conta que o que se tem são pessoas livres para elaborar e revisar tais planos. Conseqüentemente, essas pessoas têm interesse em que as condições para que isso ocorra sejam garantidas e mantidas ao longo de suas vidas, pois caso contrário, não temos o que falar em escolhas e liberdades.

O autor assinala que garantir bens e necessidades em saúde não objetiva eliminar ou nivelar todas as diferenças naturais entre as pessoas, mas sim promover o funcionamento normal, pois se concentra em uma classe de desvantagens e busca eliminá-las. Da mesma forma, o princípio da igualdade equitativa de oportunidades aplicado a bens em saúde busca garantir que as pessoas vivam dentro do nível de funcionamento normal da espécie assegurando então o leque de oportunidades ao qual elas teriam acesso se fossem saudáveis.

É ressaltado ainda que sua abordagem se baseia no argumento de que instituições que garantem saúde têm um significativo impacto na vida das pessoas e na parcela de cada um no leque de oportunidades, por isso, devem ser orientadas pelo princípio da oportunidade (DANIELS, 2008). Ademais, o princípio de igualdade equitativa de oportunidades não requer nivelar todas as diferenças entre as pessoas, ele é equitativo, pois visa a eliminar certos impedimentos à oportunidade para todos, como as discriminações que impedem o acesso a carreiras e as restrições ao funcionamento normal, posto que parcelas justas não significam parcelas iguais.

Conforme Machado (2015) a teoria de Daniels sobre o tema de saúde não deve se restringir aos aspectos de alocação de recursos e serviços de saúde, devendo abranger as grandes determinantes da saúde da população – incluindo renda e riqueza, educação, participação política, distribuição de direitos e poderes e oportunidades.

Daniels (1985) destaca que o cerne da importância moral da atenção à saúde, no contexto de justiça, traduz-se no fato de que manter pessoas em um estado de funcionamento normal contribui para com a proteção de oportunidades sociais. Desta forma, os cuidados em saúde preservam às pessoas a capacidade de participação nos âmbitos social, econômico e político de sua comunidade.

Tratando da equidade em saúde defendida por Daniels (2006), afirma que os igualitários e os maximizadores possuem um mesmo objetivo final, que é de tornar as pessoas saudáveis, porém percorrem caminhos distintos, com estratégias e políticas diferentes para alcançar esses objetivos.

Enquanto os igualitários buscam otimizar os recursos investidos para alcançar o máximo possível de satisfação, independentemente de como será distribuída essa saúde, aqueles preocupados com a equidade já levam em consideração a distribuição dessa saúde. “Portanto, alcançar o melhor nível de saúde da população tornando todas as pessoas saudáveis requer (causalmente) que busquemos a justiça social de maneira mais ampla” (DANIELS, 2006, p. 24).

Sendo assim, Daniels (2008) amplia e adapta a teoria de Rawls defendendo alguns pontos: o primeiro deles é de que a saúde é de especial importância moral, porque contribui para o leque de oportunidades abertas a nós. Se temos obrigações sociais para proteger as oportunidades individuais, promover e restaurar a saúde é um componente do cumprimento dessas obrigações; segundo, de que as desigualdades na saúde são injustas quando o acesso aos cuidados de saúde é desigual e/ou quando os determinantes sociais da saúde - como educação e renda – não são distribuídos de acordo com os princípios de justiça de Rawls e por último, que embora os princípios de Rawls possam guiar nosso pensamento geral sobre justiça e saúde, eles são indeterminados demais para resolver problemas comuns de definição de limites sobre os quais pessoas razoáveis discordam. Portanto, um processo justo deve garantir a legitimidade e justiça das decisões de definição de limites.

De tal modo, argumenta Daniels (1996) que incluir instituições que garantam serviços de saúde dentre as instituições básicas responsáveis por garantir iguais oportunidades a todos é totalmente condizente com a principal preocupação de Rawls, de reduzir as arbitrariedades dadas pelo nascimento e pela posição de cada um na sociedade, arbitrariedades que são moralmente inaceitáveis. Pois desta forma, reduzem-se as injustiças que as pessoas não tiveram controle sobre ela, pois trata-se de uma loteria natural e social coberta de desvantagens.

Ainda ajustando a teoria de Rawls para a saúde, Daniels (1996) afirma que os bens primários de renda e riqueza não devem ser compreendidos apenas como bens privados. A provisão de certos bens públicos, como um bom e efetivo saneamento básico, proporção de ar limpo para as pessoas respirarem e água potável, é de suma importância para a sociedade e implicam diretamente no bem-estar e qualidade de vida das pessoas, o que conseqüentemente acaba impactando nas condições de saúde da população e pode ser contada como parte dos bens individuais.

De acordo com De Mario (2014), para adequar a abordagem da saúde como um bem primário à justiça como equidade, Rawls assinala que, para decidir sobre os princípios e normas dos sistemas de saúde, é preciso que tenhamos conhecimento sobre fatos acerca da sociedade e dos indivíduos, ou seja, é preciso que o véu da ignorância presente no primário estágio da justiça seja retirado.

Em sua outra obra, "*Just Health*" (2008), Daniels ao revisar sua teoria, e com isso, redirecionando alguns pontos cruciais na sua adaptação da obra de Rawls para a saúde, ressalta que é mais adequado que sua extensão da teoria de Rawls foque no princípio de igualdade equitativa de oportunidades e que a integração da saúde à lista de bens primários deve ser feita a partir de uma modificação na concepção de oportunidade.

Assim, nesse sentido:

A importância moral da saúde não é um argumento que, por si só, sustenta uma abordagem da saúde em termos de justiça. É preciso uma justificativa do porquê a saúde deve ser compreendida enquanto uma questão de justiça (DE MARIO, 2015, p. 14).

De acordo com o autor, é com esse entendimento que Daniels busca na teoria da justiça como equidade, a conexão e extensão para a saúde, pois conforme ele expressa:

[...] se a teoria geral de Rawls estiver correta, então, somada a minha extensão desta para a saúde, ela fornecerá uma justificativa plausível para o estabelecimento de uma escala objetiva de bem-estar que inclua bens de saúde e para que nos propicie uma obrigação de justiça em proteger a oportunidade (DANIELS, 2008, p.47).

O autor levanta o questionamento, do porquê pensar a saúde como questão de justiça e assim, a resposta: porque a saúde é fundamental para garantir a plena participação das pessoas em sociedade e para que estas sejam capazes de realizar suas expectativas ao longo de suas vidas.

Portanto, uma sociedade que não garante aos seus cidadãos condições de saúde, será invariavelmente injusta, pois não assegurará a todos as mesmas condições e oportunidades para realizarem de suas vidas algo valioso, e nem de desenvolverem as condições necessárias para se tornarem cidadãos plenos e cooperativos.

Assim, podemos concluir que o autor defende o argumento de que bastava acrescentar a saúde e adaptar a teoria de Rawls, adicionando tal item ao índice de bens primários, já que pessoas com índices iguais não terão as mesmas chances de desenvolver suas vidas com a mesma qualidade se tiverem necessidades em saúde diferenciadas e com essa desigualdade não podemos falar em equidade e justiça.

## **2.4 Direito de acesso à saúde como efetivação do direito à saúde**

Para iniciar o tratamento do direito ao acesso à saúde, é importante definir o que seja acesso, que Ferreira (2004, p. 374) o define como “[...] ingresso, entrada; trânsito, passagem; avizinhação, aproximação, chegada; alcance”. Portanto, ao falar do direito de acesso a saúde, refere-se à porta de entrada ou ao local de recepção ou acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade de saúde ou da busca por serviços inerentes à saúde, isso falando de forma restrita.

Daniels (2006) defende que o direito acesso à saúde é primordial para a garantia do direito à saúde. Para ele a justiça social é boa para a saúde da população e é essencial para sua distribuição justa, porém, é envolver-se na busca pela justiça social e não simplesmente na justiça nos cuidados de saúde. Ele afirma que muitas pessoas já concordam que temos obrigações sociais para dar às pessoas acesso igual a um conjunto apropriado de intervenções de saúde. Nessa

mesma obra faz uma afirmação que garante ser uma inquietação permanente, a saber: a maioria dos americanos, e suponho a maioria dos britânicos, é questionada: "O que é preciso para garantir às pessoas a equidade na saúde?" Responderá com o que considera uma verdade inquestionável: "Dê às pessoas acesso igual aos cuidados médicos apropriados" (DANIELS, 2006, p. 24).

Portanto, o direito ao acesso a saúde é considerado um truísmo. Porém, é importante frisar que ele não apenas considera esse aspecto como fator primordial da ausência de efetividade do direito à saúde, pois embora nossa saúde seja afetada por um bom acesso e atendimento médico, ou a forma que somos tratados em um hospital, esse direito ao acesso vai muito além, perpassando por algo além da tradicional assistência de saúde pública, embora esses fatores certamente importem, mas devemos considerar também a importância de amplos aspectos da política social interagindo com nossa posição social e a desigualdade subjacente de nossa sociedade.

O acesso à saúde é trabalhado na obra de diversos autores<sup>2</sup> e segundo Crevelim *et al.* (2010) afirmam que, assim como foi com a questão da justiça em saúde, esse tema também tem diversos enfoques. Apenas para ilustrar essa afirmação, temos autores que tratam direito ao acesso à saúde divergente do direito ao acesso aos serviços de saúde como pode ser observado.

Para Grossman (1972), o conceito de direito ao acesso à saúde engloba a ideia de procura (em termos de quantidade de tempo dispendido) ou demanda por um bem denominado "boa saúde", ao considerar a depreciação do estoque inicial de saúde de um indivíduo e o conseqüente investimento através do consumo de cuidados em saúde, ou seja, a pessoa possui uma vida boa e, à medida que perdeu, procura acesso à saúde para que retorne a essa fase inicial.

Para Goddard e Smith (2001) o direito ao acesso à saúde está diretamente relacionado à oferta de bens e serviços de saúde e suas barreiras, cujo enfoque teórico é a equidade horizontal: igual acesso para igual necessidade de saúde. No entanto é importante frisar pelas lições de Whitehead (1992) que somente após o devido destaque da equidade enquanto princípio que permeia e direciona a efetivação do acesso a saúde e seus serviços, no sentido da satisfação das necessidades sociais dos cidadãos, que esses estudos abrangeram uma

---

<sup>2</sup> Travassos e Castro (2008); Goddard e Smith (2001); Andey e Anderson (1973); Grosman (1972).

multiplicidade de dimensões específicas para sua interpretação ou explicação, tendo como substrato o direito à saúde.

De acordo com entendimento de Travassos e Castro (2008), que também defendem o direito ao acesso à saúde como primordial a efetivação de um direito à saúde, a equidade pode ser analisada como vertical e horizontal. Onde verticalmente leva em conta as desigualdades das pessoas e tratá-las na medida de suas desigualdades, e horizontalmente, a preocupação seria com as pessoas que se encontram no mesmo patamar, pois os autores defendem que esse acesso não se daria nivelado ao tratar com pessoas em situações diferentes.

As modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as disparidades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais, ressaltando que não apenas a disponibilização dos recursos de saúde, tanto como bens e profissionais não garante esse acesso, pois outros fatores podem dificultar até mesmo que se chegue a esses serviços e com isso não terem o direito à saúde garantido. Cogorzinho e De Oliveira (2016) afirmam que essas disparidades que existem na sociedade contribuem de forma significativa à efetivação do direito ao acesso à saúde.

Outros autores que também trabalham muito o conceito de direito ao acesso à saúde são Aday e Andersen (1974), que já demonstravam preocupação e orientavam para a limitação como era abordado tal conceito e sugeriram um modelo a partir das políticas de saúde, traçando uma rede de variáveis que incluíam as características do sistema de saúde (recursos e organização) e da população em risco (predisposição, capacidades, as necessidades percebidas e avaliadas pelos profissionais de saúde), a utilização dos serviços de saúde e a satisfação dos consumidores.

Ainda sobre essa temática, Anderson (1995) deixa bem claro que o acesso à saúde difere do acesso aos serviços de saúde. Para ele o acesso deixa de representar apenas a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes e passa a incorporar a efetividade da atenção no que concerne a utilização e resultado no sentido da satisfação das reais necessidades de saúde. Portanto, não basta o acesso aos hospitais e médicos, ou seja, entrar na rede de assistência à saúde, era algo mais abrangente, tais como a disponibilidade pela

oferta dos serviços, a acessibilidade aos mesmos e aceitabilidade, envolvendo a relação das características da população.

Diante disso, Sancho e Silva (2013) argumentam que a equidade em saúde ou serviços de saúde são primordiais para nortear a elaboração de políticas públicas para essa área, sendo um instrumento de justiça, o que, no entender de Beauchamp e Childress (2002), esse direito de acesso à saúde é um dos pilares da teoria de justiça de Rawls, a partir do momento que esse merecimento se traduz na aquisição de bens e serviços de saúde, considerados essenciais, conforme a teoria defende.

## **2.5 O direito à saúde no ordenamento jurídico**

Inicialmente foi tratado do conceito de direito a saúde, suas várias concepções, particularidades e doutrinadores que defendem de acordo com critérios adotados na construção de suas teorias. Para continuidade do trabalho, é necessário que seja feita o enquadramento do direito à saúde em nosso ordenamento jurídico, verificando e demonstrando em nossa legislação, o tratamento destinado a esse tema de extrema relevância para sociedade.

Conforme já exposto, a saúde pode ser vista como ausência de doença, porém trata-se de um conceito minimalista e bastante restrito, pois considerar-se saudável, não basta estar livre de enfermidades, vai muito além. O indivíduo deve, além da ausência de enfermidades, poder desfrutar de um meio ambiente equilibrado, pois a própria ONU em seu conceito diz que deve existir um equilíbrio entre bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, uma relação harmoniosa entre o ser humano e o ambiente onde ele vive. Sendo a saúde uma condição essencial a todo ser vivo, pois a partir desse direito a saúde em toda sua completude, sendo ele respeitado, temos a possibilidade de que os indivíduos possam minimizar e evitar danos graves que possam levar a morte.

Assim, sem esse direito à saúde respeitado, teríamos, por exemplo, o direito à vida desrespeitado e com isso os demais direitos que necessitam da satisfação deste primeiro, pois não tem lógica falar em direito à liberdade do cidadão que não tem o direito à vida preservado. Silva (2020) ao apresentar o conceito de saúde em concepção ao declarado na Constituição, defende ser:

A saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitários á ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, serviços e ações que são relevância pública (SILVA, 2020, p. 312).

Como pode-se atentar, trata-se de um conceito bastante amplo, que versa sobre a igualdade desde o acesso às políticas pública voltadas para o bem-estar, como também ações que visem assegurar esse direito, imputando ao Estado a responsabilidade pela promoção e garantia desse direito à sociedade.

### **2.5.1 Breve histórico do direito à saúde no Brasil**

A saúde no Brasil sofreu diversas modificações na forma de ser tratada até chegar no modelo atual. Conforme Barroso (2007), durante a chegada da corte real ao país, temos os primeiros relatos de políticas voltadas para a saúde, porém, ainda mínimas e que se baseavam em um modelo “campanhista”, com uso da força e alguns excessos para o controle sanitário de doenças epidêmicas, conseguindo alguns avanços como erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro.

Entretanto, nesse período até 1930, esse modelo implementado não possuía caráter curativo, vindo a acontecer somente após a década de 30, com a devida estruturação do sistema público de saúde, sendo criado o Ministério da Saúde e, que fora desmembrado do Ministério da Saúde e Educação, e os Institutos de aposentadorias, acarretando em serviços públicos voltados para ações curativas, que até então eram exclusivos da rede privada ou caridades.

De acordo com o autor, após esse período, já no governo militar, esses institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) foram unificados, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, que melhoraram o atendimento em saúde, porém ainda não era algo universalizado, pois atendiam somente trabalhadores com carteira assinada e que contribuía com esse regime, deixando portanto uma grande parte da população excluída do atendimento à saúde pública.

Mas, com o processo de redemocratização do país, o debate sobre a universalização dos serviços públicos de saúde ganhou destaque e foi intensificado durante a Assembleia Constituinte que culminou na promulgação da Constituição de

1988. Foi após essa promulgação que de fato tivemos esse grande avanço, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, complexo, porém grandioso, que tenta distorcer essas desigualdades percebidas ao longo da história, bem como efetivar o direito do cidadão em ter por parte do Estado a garantia de acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde pública em todo o país.

### **2.5.2 O direito à saúde na Constituição de 1988**

Ao estudar a Constituição Federal de 1988, percebe-se que ela não traz especificamente um conceito de saúde. A menção que existe sobre saúde, está expresso primeiramente, em seu artigo 6º, que trata dos direitos sociais, que considera a saúde como parte integrante destes, conforme preceitua o dispositivo a saber:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Portanto, nota-se que dentre outros direitos sociais, nossa atual Constituição inclui entre eles a saúde e, ao tratar o direito à saúde na ótica social, deve-se atentar para o fato de que:

O direito a saúde inclui-se entre os direitos sociais, não, todavia, entre aqueles de natureza trabalhista – desde a Constituição francesa de 1848 reconhecidos. Situa-se entre os que decorrem da fraternidade ou da solidariedade, que devem presidir as relações sociais num Estado Constitucional Democrático, fundamentado na dignidade da pessoa humana (LOPES, 2010, p. 55).

Por sua vez, o artigo 6º da Constituição Federal brasileira, ao afirmar que o direito à saúde é um direito social, o coloca em patamar diferenciado, pois destaca a sua grande relevância, pois ele vai além de um direito intrínseco a um indivíduo, ou seja, está voltado a um número indeterminado de pessoas, a coletividade.

Outro ponto importante, diz respeito ao fato de que, sendo ele um direito social previsto na Constituição, normativamente é alçado à categoria direito fundamental, merecedor de maior proteção e poder de efetivação pelo Estado, o que se realça com o entendimento de Silva (2020), ao afirmar que:

Os direitos sociais, como dimensão dos direitos, fundamentais do homem, são prestações proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade (SILVA, 2020, p. 288).

Interessante observar que, conforme Silva (2020), é difícil entender como um direito essencial à vida humana só obteve agora, após a Constituição de 1988 sua elevação à direito fundamental do homem, direito esse com viés positivo e negativo, pois negativamente o Estado deve se abster de qualquer ato que prejudique a saúde da sociedade e positivamente quando deve proporcionar políticas públicas que visem prevenir as doenças e ainda proporcionar tratamentos as mesmas quando surgirem.

Quanto a essas prestações positivas por parte do Estado:

[...] ao contrário do que se passa em outras partes do mundo, a possibilidade de juízes e tribunais condenarem o Poder Público à entrega de prestações positivas tem sido amplamente admitida na prática judiciária brasileira (BARROSO, 2020, p. 498).

Outro momento reservado ao tratamento do direito à saúde por parte de nossa Constituição, decorre do que preceitua o seu artigo 196, a saber:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro. A saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, e com o que está expresso no art. 196 acima exposto, ainda determina que o sistema de saúde pública deve ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil, o que acabaria por criar o SUS.

Outro ponto de destaque, na nova Constituição, que contribuiu significativamente para a garantia do direito à saúde foi a criação do Sistema Único de Saúde, através da lei 8080/90 que: “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). A criação do SUS veio regulamentar o direito à saúde previsto como direito social na Constituição, garantido a todos através de políticas públicas por parte do Estado.

Nesse dispositivo fica bem claro que o direito à saúde, que já havia sido alçado à categoria de direito social no artigo 6º da CF/88, é um direito de todos e dever do Estado, que deve promover políticas voltadas para a sua devida efetivação, tanto da prevenção, como ações curativas, garantindo atendimento universal e igualitário, sendo complementado pelo artigo 197 que diz:

[...] são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito (BRASIL, 1988).

Por fim, a Constituição elenca em seu artigo 198 as bases do Sistema Único de Saúde, a saber:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
 I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
 II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
 III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Portanto, o direito fundamental à saúde deve ser entendido também como um direito prestacional por parte do Estado, isto é, um direito que precisa ser efetivado mediante a implementação de políticas públicas, a fim de que seja materializado e usufruído pela população, de forma universal e igualitária, pois deve atender a todos indiscriminadamente, o que deve ocorrer através do seu Sistema Único de Saúde.

Esses são os dispositivos constitucionais específicos que tratam da saúde, mas não os únicos. A Constituição prevê em diversos momentos a proteção à saúde, fazendo menções em outros trechos, tais como o artigo 7º, IV e XXII, que determina que o salário-mínimo deve ser capaz de atender as necessidades vitais básicas do trabalhador e sua família, inclusive a saúde, e que impõe a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; já o seu artigo 23, II, que dispõe que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem competência comum para cuidar da saúde; o artigo 24, XII, que trata que a União, os Estados e o Distrito Federal possuem competência concorrente para legislar sobre a defesa da saúde; o artigo 30, I e VII, que dispõe que os municípios também podem legislar sobre a saúde, já que se trata de assunto de inegável interesse local, e lhes conferindo a competência para prestar, com a

cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; o artigo 34, VII, “e”, que possibilita a intervenção da União nos Estados e no Distrito Federal no caso de não ser aplicado o mínimo exigido da transferência de receita de impostos estaduais, na manutenção e desenvolvimento nas ações e serviços públicos de saúde; o artigo 35, III, que prevê a possibilidade de intervenção dos Estados nos Municípios, na hipótese de não ser aplicado o mínimo exigido da receita municipal nas ações e serviços públicos de saúde; o artigo 167, IV, que ressalva a vedação de vinculação de receitas de impostos à destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde; entre outros (BRASIL, 1988).

Por fim, afirmar-se, que a Constituição, de acordo com o previsto em seu artigo 1º, inciso III, ao tratar do princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento de validade de toda interpretação jurídica e de toda realização social e estatal na atualidade, assegura que cabe ao Estado garantir aos indivíduos que compõe determinada sociedade o mínimo para uma existência humana digna e essa dignidade perpassa por uma prestação efetiva e eficiente por parte do Estado de saúde de qualidade para o povo, sem a qual não há existência humana digna.

Assim, a importância do direito a saúde é perfeitamente visível com a grande relevância dada pelo constituinte ao tema, alçado à categoria direito fundamental, sendo expresso como direito social, preceituando em nossa Constituição Federal dispositivos que visem garantir a efetividade desse direito público subjetivo, atribuindo os deveres e responsabilidades por parte do poder público.

### **3 SAÚDE MENTAL E POLÍCIA MILITAR:** a relação entre ambiente laboral e reflexos na saúde do policial

No capítulo anterior é tratado do conceito de direito à saúde, demonstrando as diversas vertentes existentes de acordo com a abordagem a ser realizada, e dentre eles é expressa a definição dada pela Constituição da OMS (1948), bastante ampla e que por mais que receba críticas, consegue definir de forma bastante abrangente o que é necessário para que seja garantido a saúde para o ser humano.

Dentro desse conceito de direito à saúde, há a vertente que aborda o direito de acesso à saúde, não apenas tratando da ausência de doenças e nem da saúde que trata da prestação de remédios para atuarem em pessoas já acometidas com enfermidades.

O direito de acesso a saúde começa bem antes, conforme exposto por Ramos (2014), existe uma relação simbiótica entre o direito a saúde e o Estado, na medida em que esse direito deve ser interpretado juntamente com a prestação por parte do poder público de outros fatores socioeconômicos que influenciam nas condições para que uma pessoa possa levar uma vida saudável, tais como água potável, meio ambiente saudável, condições sanitárias adequadas, dentre outros.

Partindo desse direito de acesso à saúde e considerando o conceito de direito à saúde proposto pela OMS, que não apenas define como saudável aquela pessoa com ausência de doença, mas principalmente, leva em consideração um completo bem-estar físico, mental e social, elevando a preocupação com a saúde mental a um direito humano a ser observado em todo cenário mundial.

No momento em que a preocupação com a saúde mental é introduzida no conceito de direito a saúde pela OMS, passa um recado a todos os países no cenário internacional da importância de assegurar-la para que o direito a saúde possa ser concretizado, pois não é facultado garantir apenas parcialmente o que prescreve a definição e sim tudo que ela preceitua, de modo que é um completo bem-estar, e para isso, tudo deve estar em harmonia. Portanto, essa inclusão fortaleceu a saúde mental, que ganhou forças a partir desse momento no cenário internacional.

### **3.1 O protagonismo da saúde mental nos últimos anos**

Tratando especificamente da saúde mental, a garantia de estar saudável envolve fatores multidisciplinares, que juntos visam garantir esse direito ao cidadão, pois se trata de um dos direitos fundamentais, previsto na Constituição Federal para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional.

No Brasil, o direito à saúde mental é amparado pela Lei e já conta com o acesso gratuito e facilitado a vários serviços públicos de atenção e auxílio. Mas vale lembrar que sua concretização depende, sobretudo, da existência de condições para uma vida digna, contando, assim, com a constante articulação de indivíduos, comunidades e da sociedade como um todo para a construção de uma realidade social mais justa.

#### ***3.1.1 Breve histórico da saúde mental no Brasil***

Embora seja bastante recente a preocupação por parte do poder público no que diz respeito a saúde mental, isso tratando-se da forma como é trabalhada hoje, em nosso país, pode-se afirmar que desde a chegada da família real, época do império, a saúde mental já tinha uma certa atenção.

No decorrer do tempo, inúmeros modelos de assistência foram utilizados para atender a saúde mental no Brasil. Diversas mudanças influenciaram no tratamento dispensado à loucura e ao adoecimento mental no país, o que consequentemente gerou diversas práticas e formas organizativas de cuidado. Outro fator que contribuiu bastante com a dinâmica e remodelagem dos modelos de assistência à saúde mental no país foi a organização do sistema de saúde.

O cuidado com a saúde mental na época imperial<sup>3</sup> era algo mais de isolamento e segregação do que enfreto e tratamento da saúde mental das pessoas, pois, as que eram portadoras de algum transtorno mental, de famílias tradicionais e ricas da sociedade, eram tratadas em espécies de asilos ou intituladas Casas de Misericórdia para que fossem então afastadas do convívio social.

---

<sup>3</sup> Época da história do Brasil cujo início ocorreu em 7 de setembro de 1822 e prologou-se até o dia 15 de novembro de 1989.

Conforme Santos e Miranda (2015), essas famílias ricas e tradicionais tinham vergonha de assumir e conviver com parentes que fossem considerados doentes mentais ou loucos. Essa foi a forma que encontraram para segregar essas pessoas, consideradas anormais, pois eram diferentes dos “normais” e com isso, não podiam conviver no seio da sociedade, aproximando esse tratamento dispensado as pessoas com problemas o mesmo que era dispensado aos criminosos, pois era nítida a relação de semelhança desses manicômios com o sistema prisional, indiferente ao modelo terapêutico.

De acordo com Messas (2008), esse tipo de tratamento surgiu com a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro em 1841, perdurando por um bom tempo, até sua separação da Santa Casa de Misericórdia, após a proclamação da República, passando a fazer parte da Psiquiatria Científica.

Esse modelo higienista, era conforme Yasui (2010), o que o poder público tinha como forma de encarar a saúde mental, retirando do convívio social e privando de liberdade as pessoas que eram consideradas “anormais”.

A preocupação com a saúde mental do ser humano nem sempre foi primordial e não tinha muita atenção por parte do poder público. Segundo Brito (2011) os esforços coletivos de dois grandes movimentos sociais internacionais, o movimento dos direitos humanos e o movimento dos direitos das pessoas com deficiências foi que vieram a contribuir de forma positiva para que esse tema começasse a ter a atenção devida.

No Brasil, afirma Desviat (2015) que ocorreram transformações no atendimento à saúde mental de grande importância que acabaram por redimensionar o modelo histórico de assistência, até então, centrado na referência hospitalar (hospícios ou manicômios) para um novo modelo que se preocupasse não apenas em excluir ou segregar as pessoas, pois esse modelo higienista possuía diversas críticas, como maus tratos, superlotação, dentre outras, e também pelo fato desse modelo ser em desacordo com a forma que era trabalhado esse tema por outros países, o que acabou forçando essas modificações.

Outro ponto de fundamental importância para essa nova abordagem ao tratamento da saúde mental foi justamente a partir do momento em que a saúde ganhou destaque no cenário internacional de proteção dos direitos humanos. Brito (2011) afirma que embora existisse um senso de responsabilidade por parte do poder público ou pelos menos da comunidade para com a saúde pública, foi

somente com a reorganização política internacional em meados do século XX e a criação da OMS em 1946 que a saúde foi elevada à categoria de direito fundamental de todo o ser humano, tratada como direito humano social, e passou a ser positivada, recebendo proteção dos ordenamentos jurídicos dos países modernos, assegurando deveres e obrigações por parte do poder público.

A OMS é uma agência especializada das Nações Unidas para a saúde, que possui como objetivo assegurar um direito sanitário internacional. Em sua Constituição, datada de 1946, em seu preâmbulo faz referência a saúde, quando nos traz seu conceito, preceituando ser “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

Conforme expresso, a OMS ampliou o conceito de saúde para além da ausência de enfermidade e incluiu além da saúde física, a mental e social, para que a pessoa possa ser considerada saudável em sua plenitude. A extrema relevância do direito à saúde pode ser observada na leitura da Constituição da OMS e, todo seu texto, pois conforme Brito (2011):

No preâmbulo da Constituição da OMS, os Estados Membros declararam que, em conformidade com a Carta da ONU, os princípios a seguir são básicos para a felicidade dos povos, suas relações harmoniosas e para a sua segurança: a) a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade; b) gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social; c) a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados; d) os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos; e) o desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum; f) o desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento; g) a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde; h) uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos; i) os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (BRITO, 2021, p. 26).

Portanto, o direito a saúde como direito humano e social impõe deveres ao poder público, as pessoas e aos países membros, que em conjunto devem

possuir a mesma finalidade que é atingir elevado grau de saúde para todos. Como observa-se, o direito a saúde ganhou papel de destaque no âmbito internacional.

Outro momento importante nessa trajetória da saúde mental enquanto política pública digna foi o movimento antimanicomial, que está entrelaçada com os diretos advindos da Constituição da OMS e é precursor da reforma psiquiatria no País.

Brito (2011, p. 41) destaca que no Brasil, “[...] em 1978 surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que dez anos mais tarde, transformou-se no movimento de luta antimanicomial, o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica”.

Nos dizeres de Paulin e Turato (2004), essa importância veio do grande alcance e repercussão que esse movimento atingiu, de âmbito nacional, com destaque por criticar os saberes e práticas da psiquiatria tradicional, propor o modelo antimanicomial e introduzir a ideia de Reforma Psiquiátrica nas políticas públicas.

Silva (2014) afirma que esse movimento tinha por objetivo reconhecer e garantir as pessoas com problemas mentais que se encontravam nos manicômios os direitos humanos inerentes a sua saúde mental e bem-estar social, destacando a precisão urgente de uma Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois o modelo vigente era uma afronta a dignidade humana das pessoas.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foi de grande importância para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, e tinha como principal característica a extinção dos manicômios, pois não acreditava nessa terapêutica como algo eficaz, fora o desrespeito aos direitos humanos e dignidade das pessoas. A intenção nessa época era de que fosse rompida a tríade hegemônica emergência-ambulatório-hospital e se desenvolvessem diferentes tecnologias de cuidado que contemplassem as necessidades e singularidades dos sujeitos em questão, mediante uma lógica territorial e interdisciplinar (DELGADO, 2019).

Foi um grande movimento social, com engajamento e luta de diversos profissionais de saúde mental, no intuito da quebra do paradigma do tratamento em asilos que só fazia segregar os seus usuários, em prol da desinstitucionalização responsável que pugna por reinserir os doentes mentais na sociedade. Tratou-se de um movimento, que pelas suas características, possuía uma estreita ligação com a Reforma Sanitária (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012).

Como embrião do que viria a ser a Reforma Sanitária, a luta antimanicomial redimensionou o tratamento até então oferecido aos portadores de transtornos mentais, pois de acordo com Barbosa, Costa e Moreno (2012), passou-se a compreender de forma diversa a loucura, não apenas isolando e segregando do seio da sociedade as pessoas com transtornos mentais, e sim, passando a ter uma preocupação com o transtorno em si, compreendendo-o e com isso, incorporando outros segmentos sociais, os usuários, suas famílias e associações nessa terapêutica, configurando com essa alteração no tratamento assistencial, uma desinstitucionalização, que resumia-se a isolar em um manicômio, e com isso, a partir desse momento, o foco foi em uma assistência mais ampla e completa das pessoas com transtornos mentais, respeitando a sua dignidade.

Logo em seguida houve o período prévio a promulgação da Constituição de 1988, onde o país estava passando por diversas transformações no rumo da redemocratização e a busca por reestruturação do sistema de saúde com impactos nos cuidados em saúde mental.

Bispo Junior e Sampaio (2021) relatam que nesse período houve o enfraquecimento do regime autoritário, o início da abertura política e a disseminação dos ideais da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que teve bastante influência da Reforma Sanitária, gerando intenso debate da interrelação entre política, economia e condições de saúde.

Esse período ficou marcado por essa ampla conquista de espaços discursivos sobre o tema, o que arregimentou novos adeptos na luta pela redemocratização, transformação da realidade sanitária e mudança no modelo de saúde mental até então desenvolvido, o que renderia bons frutos (YASUI, 2010).

Nesse contexto de amplos debates sobre a saúde mental, denúncias do modelo vigente, movimento de reforma sanitária e psiquiátrica, redemocratização, juntos, acabaram por exercer forte pressão na Assembleia Constituinte (1987/1988) instalada e que viria a promulgar a nova Constituição Federal de 1988, e com isso, conseguindo garantir a saúde como um direito social e não mais como um direito trabalhista.

Com isso, o direito à saúde foi reconhecido expressamente na nova Carta Constitucional do País, promulgada em 1988, em seu artigo 196, assegura que a

[...] saúde como um direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desse modo, Correa Junior e Ventura (2014) destacam que a ascensão da dignidade humana como viés norteador de toda a Constituição Federal, aliada ao princípio da igualdade, permitiu a quebra de paradigma na área de saúde mental, preconizando o sujeito em detrimento da segregação por sua enfermidade. Com o novo conceito de direito à saúde proposto pela OMS e subscrito pelos diversos países e comunidades internacionais, com as reformas sanitária e psiquiátrica, a inclusão pela Constituição Federal do direito à saúde como direito humano social, inerente a todos os cidadãos e obrigação por parte do poder público.

### **3.1.2 Lei da Reforma Psiquiátrica**

A mudança no modelo de atenção em saúde mental pela substituição da estrutura hospitalocêntrica por serviços diversificados, abertos e territoriais, com o propósito de incluir os sujeitos em sofrimento mental no seio comunitário (BRASIL, 2005; PITTA, 2011) implicaram no projeto de lei nº 3.657/1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, demarcando ainda, a luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) por transformações no arcabouço jurídico e normativo (BRASIL, 2005).

O referido projeto tramitou onze anos e com intensa mobilização social para que não sofresse emendas que permitissem a reprodução do modelo clássico. Ocorre que o projeto sofreu bastante resistência e enfrentou dificuldades no Senado Federal e somente foi aprovado, com alterações, no ano de 2001.

Um dado interessante sobre esse projeto de lei é que segundo Brito (2011), mesmo antes de ser aprovado, somente a sua propositura teve reflexos que se materializaram no ordenamento jurídico, pois houve intenso debate sobre o tema, acarretando em produções legislativas em muitos Estados brasileiros, edição de portarias pelo Ministério da Saúde e publicação de resoluções pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema. Pois a demora desde a propositura do projeto até se concretizar em lei, ocasionou nesse lapso temporal, um grande interesse sobre o assunto, devido até mesmo, pelas manifestações que haviam ocorrido em anos anteriores, demonstrando a necessidade de adequação do tema aos dias atuais e com a promulgação da Constituição Federal, se tornou ainda mais

urgente, pois a saúde mental, que é parte integrante do direito à saúde, foi elevado à categoria de direito social com obrigação positiva por parte do Estado.

Então, finalmente em 2001 houve a promulgação da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos e sofrimentos mentais enfatizando a existência de um modelo assistencial em saúde mental e estabelece a necessidade de respeito à dignidade humana.

Conhecida como lei da reforma psiquiátrica, o referido dispositivo legal é considerado como o marco legal da Reforma Psiquiátrica e de forma histórica estabeleceu diretrizes básicas, em conformidade com o SUS, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito a uma assistência humanizada (CUNDA, 2011).

Mari (2011) afirma que a Lei 10216/01 preconiza direitos as pessoas com transtornos mentais, tais como o acesso a um tratamento clínico medicamentoso de forma mais humana, direito à presença de um médico para esclarecer a necessidade de hospitalização involuntária e tratamento em ambiente terapêutico de forma menos invasiva e de preferência nos serviços comunitários de saúde mental. Segundo Desviat (2015), a RPB possibilitou a garantia dos direitos sociais, o respeito, a proteção e uma assistência humanizada.

Conforme Brito e Ventura (2012), a nova lei mudou drasticamente a forma de tratamento dirigido às pessoas com deficiências em saúde mental, pois as leis anteriores se preocupavam apenas em excluir e afastar os pacientes com patologias e transtornos mentais do convívio social, rotulavam os pacientes como pessoas alienadas e psicopatas, não ofereciam um tratamento adequado para a melhora do quadro clínico do paciente e enfatizavam o hospital psiquiátrico como ambiente terapêutico, típico do movimento higienista.

A lei de reforma psiquiátrica representa um grande avanço no quesito de concretização do direito a saúde mental, ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde. Dentre os inúmeros avanços adquiridos por esta lei, pode-se destacar a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que se deu através da portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que veio a tornar-se um instrumento de grande apoio nessa luta pela concretização do direito à saúde mental por parte do Estado à sociedade.

### **3.1.3 A Importância dos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS**

Com a devida atenção internacional ao tema da saúde em geral, e sendo a saúde mental parte integrante do bem-estar necessário para que o indivíduo possa ter assegurado seu direito à saúde por completo, cabe ao Estado a criação de políticas de saúde mental que garantam a assistência e promovam essas ações sobre o tema voltadas aos portadores de transtornos mentais.

Inexiste leitura na área de saúde mental que inevitavelmente não permeie pelo Direito pois, as políticas de saúde devem ter embasamento jurídico, ou seja, devem estar de acordo com nosso ordenamento jurídico que é quem lhe dá sustentação para que sejam efetivadas. De acordo com Piovesan (2008), inexistente política na área da Saúde que não se embase nos direitos e garantias do cidadão, pois, em um Estado Democrático de Direito, pautado no super princípio da dignidade da pessoa humana, não pode haver espaço para políticas públicas edificadas ao arrepio de leis e normas constitucionais protetivas.

Dentro desse novo cenário de atenção e assistência à saúde mental pós Constituição Federal e Reforma Psiquiátrica, merece destaque a criação e efetivação dos CAPS. Eles possuem papel de destaque na Reforma Sanitária no tocante ao atendimento dos portadores de transtornos mentais e são considerados como melhor estratégia para a transição de um modelo assistencial manicomial para um modelo que respeitasse a dignidade da pessoa humana, assim, com eles, foi criada uma possibilidade de se mostrar uma rede de serviços assistenciais que atua de forma substitutiva junto aos hospitais psiquiátricos existentes no território brasileiro

Os CAPS integram a estrutura do SUS, e após a Reforma Psiquiátrica, foram regulamentados pela portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 compondo a rede de atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. São definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas que oferecem cuidados assistenciais intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BERNARDI; KANAN, 2015).

Com a efetivação dos CAPS, a sociedade passou a usufruir de serviço assistencial mais amplo e multidisciplinar, atuando de forma interdisciplinar, e com isso o cidadão consegue exercer seu direito a saúde mental digna por parte do poder público. Os CAPS são serviços de saúde, abertos a comunidade, onde

realizam acompanhamento do paciente, dispõem de tratamento clínico medicamentoso e auxiliam na reinserção social do indivíduo por meio de práticas terapêuticas (atividades em geral, dinâmicas individuais ou em grupo, trabalho, esporte e lazer), demonstrando o grande avanço e as conquistas reivindicadas desde o movimento da Luta Antimanicomial.

De acordo com a legislação, a composição básica do CAPS é formada por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos (clínico geral e psiquiatra), psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos e educadores físicos, que devem funcionar durante todos os dias úteis ao longo da semana, sendo que o horário e funcionamento nos finais de semana dependem do tipo de CAPS, que são diferenciados em suas estruturas por inúmeros fatores e são organizados em modalidades (BRASIL, 2002).

Conforme Bernardi e Kanan (2015), os Centros de Atenção Psicossocial possuem as seguintes modalidades: CAPS I (municípios com população acima de 20 mil habitantes), CAPS II (municípios acima de 70 mil habitantes), CAPS III (municípios acima de 200 mil habitantes), CAPS AD (serviço com leitos para observação e monitoramento, funcionamento 24 horas, funciona nos feriados e finais de semana e é indicado para municípios acima de 200 mil habitantes) e CAPS I (atende crianças e adolescentes e é indicado para municípios com população acima de 150 mil habitantes).

As práticas terapêuticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto e acolhedor. Os projetos sociais existentes no CAPS, muitas vezes, ultrapassam a estrutura física em busca de um suporte social, potencializando suas ações, preocupando-se com o paciente de forma integral, o que distancia o tipo de atenção destinada a saúde mental desenvolvida nesse modelo para aquelas que era ofertada antes da Reforma Psiquiátrica.

### **3.2 Missão constitucional da Polícia Militar e características de suas atribuições no desempenho da função**

A preocupação mundial com o direito a saúde, principalmente após os acontecimentos pós-guerras mundiais ficou evidente no cenário internacional, diante das atrocidades e desrespeito acontecidos nesses eventos trágicos. Prova disso foi

a preocupação da ONU em instituir um agência específica que tratasse da saúde, que foi a OMS.

Desde o conceito de direito à saúde preceituado em sua Constituição, a OMS já priorizou dentre outras vertentes, a boa saúde mental como essencial para o completo bem-estar do ser humano.

O tema saúde mental, da forma como é abordado atualmente é recente e vem ganhando destaque devido a sua grande importância e principalmente pelos alarmantes números de doenças ligadas a saúde mental, como por exemplo, os diversos transtornos psiquiátricos, a depressão, que tem adoecidos as pessoas, incapacitando-os para o trabalho e o que é pior ainda, os casos de suicídios, que em sua grande maioria estão ligados a algum transtorno psíquico que infelizmente tem ceifado a vida de muitos.

Problemas relacionados a quadros psiquiátricos, como depressão e outros transtornos, são as maiores causas de suicídios e dentre esses, sua imensa maioria não estavam em tratamento na época do falecimento (LEWIECKI; MILLER, 2013). O que nos leva a concluir que a falta de acesso a saúde mental, através do tratamento pode ter influenciado negativamente para esses dados.

Embora os problemas relacionados à saúde mental afetem a todos indistintamente, algumas pessoas estão mais expostas a esses malefícios, principalmente quando analisamos a atividade laboral de cada um. Dentre essas classes bastante afetadas, temos os agentes públicos que atuam na área de segurança pública, e nesse caso, para esse estudo, especificamente os policiais militares.

A atividade laboral dos policiais militares possui particularidades que podem impactar em sua saúde mental, tais como o ambiente interno das corporações, com a rígida disciplina e hierarquia, a questão salarial, a valorização profissional, a jornada de serviço, onde lidam diariamente com a grande maioria das mazelas da sociedade, combatendo a criminalidade como forma de prevenção, atuando em situações extremas, arriscadas, com sacrifício da própria vida, em jornadas diárias e noturnas, e muitas das vezes sem apoio da própria sociedade que se dispõe a proteger, ocasionando com essa falta de reconhecimento, uma insatisfação, gerando uma pressão interna que pode adoecer mentalmente esses profissionais.

### **3.2.1 Genealogia da Polícia Militar: conceito e aspectos históricos**

De acordo com o filósofo Norberto Bobbio (1998, p. 410), foi no período da Renascença, na Itália e na França, que o conceito de polícia ganhou maior importância operacional como mecanismo de mando e execução para as “intenções políticas” do Príncipe, nas realizações de seus deveres de Estado. Ele afirma que a origem etimológica do termo polícia, provém da palavra grega *politeia* e do latim, *politia*.

Em consonância com essa origem etimológica, podemos inferir que polícia tem o mesmo sentido de organização política, de sistema de governo e até mesmo de governo, até porque a genealogia da polícia remonta ao próprio desenvolvimento do Estado. O vocábulo designa o conjunto de instituições, fundadas pelo Estado, para que, segundo as prescrições legais e regulamentares estabelecidas, exerçam vigilância para que se mantenha a ordem pública, a moralidade, o bem-estar coletivo, garantindo a propriedade e outros direitos individuais.

Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 944) apresentam um desenvolvimento da polícia enquanto instituição, onde eles a definem como uma função do Estado que se concretiza numa instituição de administração positiva e visa a pôr em ação as limitações que a lei impõe à liberdade dos indivíduos e dos grupos para salvaguarda e manutenção da ordem pública, em suas várias manifestações: da segurança das pessoas à segurança da propriedade, da tranquilidade dos agregados humanos à proteção de qualquer outro bem tutelado com disposições penais.

Assim, Lazzarine (2008) também conceitua polícia, definindo-a como uma organização administrativa (vale dizer da *polis*, da *civita*, do Estado que nada mais é que uma sociedade politicamente organizada) que tem por atribuição impor limitações à liberdade (individual ou coletivo) na exata (mais, será abuso) medida necessária à salvaguarda e manutenção da Ordem Pública, ou seja, um órgão governamental que realiza o controle social.

Quanto a genealogia das polícias militares, importante tratar desde a chegada da família real no País, o que para muitos, trata-se do marco inicial do surgimento das policias militares no Brasil, conforme Costa (2005), aqui, assim como na Europa e no restante das Américas, no século XIX, ocorreu o surgimento da

Intendência Geral da Corte e do Estado do Brasil, em 1808, seguindo o modelo francês, que tinha como incumbência as obras públicas, o abastecimento da cidade e o controle da população, incluindo-se a elucidação dos crimes e a captura dos criminosos.

Além da Intendência Geral da Corte, surgiu a Guarda Real de Polícia (1809), que juntas, formam o ponto de fundação da Polícia brasileira. Segundo Bretas e Rosemberg (2013), esses são os primeiros organismos públicos a carregarem em seu nome a concepção de polícia. O ato de criação da Intendência, que faz referência direta a seu modelo lisboeta, propõe-se como uma transposição, assim como o de Lisboa faz referência a Paris. Nesse momento, a ideia de polícia comporta uma visão muito mais ampla de gestão da ordem, envolvendo tarefas que mais tarde vão ser atribuídas a outros órgãos do Estado.

Assim, 01 (um) ano após a chegada da corte lusitana, foi criado um corpo equivalente no Rio de Janeiro, batizado de Divisão Militar da Guarda Real de Polícia do Rio de Janeiro, que adotava o mesmo modelo de organização da guarda portuguesa, usava os mesmos trajes e armas e já tinha estrutura militarizada, com companhias de infantaria e de cavalaria (AGÊNCIA SENADO, 2013). Essa estrutura viria a ser o a polícia militar dos dias atuais.

O surgimento desse modelo embrionário de polícia, deu-se devido ao aumento populacional com a chegada da corte e sua nobreza, e com isso, necessitava-se de garantir a segurança deles na cidade, bem como, ocasionou também um aumento populacional no interior, ocasionando em virtude disso na necessidade de manutenção da ordem pública nesses locais, acarretando na criação dos corpos policiais nas províncias. Pela formação e estrutura, esses corpos policiais são os que mais se aproximam das atuais policiais militares estaduais (AGÊNCIA SENADO, 2013).

Para Damásio de Jesus (2010), o termo polícia no século XIX voltou a ter um significado mais restrito, passando a identificar-se com a atividade tendente a assegurar a defesa da comunidade contra os perigos internos, quando estes estavam representados nas ações e situações contrárias à ordem e à segurança pública.

Com o passar do tempo, diversas mudanças foram ocorrendo na estrutura das polícias. No período da República tivemos o acréscimo da designação “Militar”

àquelas corporações, que passaram a ser conhecidos como Corpos Militares de Polícia.

Em 1891, a partir da promulgação da primeira Constituição republicana, com a devida descentralização de alguns setores da administração pública, os estados (antigas províncias) passaram a gozar de mais autonomia e puderam organizar melhor seus efetivos, adotando até denominações diversas, como Batalhão de Polícia, Regimento de Segurança e Brigada Militar (AGÊNCIA SENADO, 2013).

A denominação atual de Polícia Militar surgiu na Constituição de 1946, durante o Estado Novo, as unidades federadas que integram a República, adotaram o termo POLÍCIA MILITAR para denominar as Corporações dos Estados (as antigas guardas, com exceção do Estado do Rio Grande do Sul que preferiu manter em sua força policial o nome de Brigada Militar, situação que perdura até hoje (AGÊNCIA SENADO, 2013).

Continuando a cronologia, tivemos o regime militar, que ocorreu entre 1964 até o ano de 1985. Nesse período, a polícia brasileira sofreu mais mudanças, pois a instituição passou a ser guiada por uma classificação hierárquica única; foram extintas as guardas civis e organizações similares existentes em algumas cidades. Com uma nova carta constitucional no ano de 1967, veio a previsão de que o controle efetivo das Polícias Militares de toda a Federação seria da União, criando nesse período a Inspeção Geral das Polícias Militares (IGPM), subordinada ao Exército (AGÊNCIA SENADO, 2013). Sob intervenção, as polícias militares estaduais, passaram a ser comandadas por oficiais do Exército.

Após esse período, ocorreu a redemocratização do País, com a convocação de uma nova Assembleia Constituinte, cuja responsabilidade era elaborar uma nova Carta Magna, o que acabou acontecendo em 1988, sendo promulgado o novo texto, considerada uma Constituição Cidadã e que contemplaria um capítulo sobre o sistema de segurança pública, enfatizando o papel das Polícias Militares estaduais. Nesse período, a sociedade almejava por mudanças, com intuito de fortalecer a democracia e em obediência aos direitos humanos e respeito ao princípio da dignidade humana, portanto, tais mudanças teriam reflexos na forma como a Polícia Militar seria abordada pela nova ordem jurídica.

Importante frisar, que o papel do Estado foi decisivo na construção da ordem pública como bem coletivo, do mesmo modo que foi nas questões da saúde,

da pobreza e da educação, devido a sociedade perceber que cabia ao Estado em sintonia com a coletividade serem responsáveis pela segurança pública de todos, assim, o convívio coletivo e “civilizado” só se tornaria possível dentro dos parâmetros pensados num modelo de Estado Moderno (SAPORI, 2007).

### **3.2.2 Previsão constitucional e missão da Polícia Militar**

Em termos históricos, a criação da Polícia Militar enquanto instituição e organização se confunde com a própria história do Brasil e com a evolução da sociedade, ela também sofreu influências no decorrer do tempo para se adequar a novas realidades.

No primeiro momento, a polícia militar surgiu como instituição e organização do poder público com caráter e missão mais voltada para a defesa nacional e proteção interna, atuando nos conflitos entre as províncias, tal qual as forças armadas, mas de forma regionalizada, pois não gozava de meios adequados para atuar na manutenção da ordem pública como atualmente para fins de segurança pública.

Durante décadas, foi sustentada uma imagem da polícia militar como órgão a serviço do governo, que muitas vezes servia apenas para cumprir ordens do Estado e coibir certos atos da sociedade, instituição de caráter estritamente repressivo e que não trabalhava de forma preventiva como era anseio da sociedade que almejava segurança. No entanto essa imagem começou a ser reconstruída devido as mudanças na sociedade e em nosso ordenamento jurídico com o advento da nossa Carta Magna de 1988.

A Segurança Pública ganhou destaque por parte do constituinte, assegurando o devido tratamento ao tema de fundamental importância para garantir o exercício de outros direitos fundamentais previsto em nossa constituição cidadã. Portanto, no capítulo III, em seu artigo 144, a Constituição Federal aborda especificamente a Segurança Pública, no entanto, a relevância do tema segurança é demonstrado pela menção em outros dispositivos de nossa Lei Maior. As referências sobre segurança já se iniciam pelo Preambulo da Constituição Federal ao expressar que:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, A SEGURANÇA, o

bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (BRASIL, 1988).

O Supremo Tribunal Federal, ao julgar a ADI 2.076-5/AC (STF, 2003), decidiu que o preâmbulo não possui caráter normativo, mas que suas disposições possuem importância hermenêutica. Ao tentar posicionar o preâmbulo dentro da classificação de eficácia apresentado por Silva (1998), constituiria norma constitucional de princípio programático. Segundo esse autor, programáticas são:

[...] normas constitucionais através das quais o constituinte, em vez de regular, direta e imediatamente, determinados interesses, limitou-se a traçar-lhes os princípios para serem cumpridos pelos seus órgãos (legislativos, executivos, jurisdicionais e administrativos), como programas das respectivas atividades visando à realização dos fins sociais do Estado (SILVA, 1998, p. 122).

Na argumentação do Tribunal, o preâmbulo reflete a posição ideológica do constituinte, declarando princípios já inscritos no texto da Constituição. Na opinião do tribunal, o preâmbulo está situado no campo da política e não no campo normativo, inclusive com a impossibilidade de controle de constitucionalidade. Sobre isso, De Cicco e Gozanga (2011, p.129) lecionam: “[...] podemos afirmar que o Preâmbulo não é mero enfeite, mas verdadeira expressão dos princípios e valores que nortearam os constituintes para elaborar a Constituição”. Portanto, a preocupação com a segurança também norteou os constituintes na elaboração da carta constitucional.

Ainda em seu artigo 5º, a Constituição também menciona a segurança, expressando que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” (BRASIL, 1988). Para Silva (2020) a segurança nesse artigo diz respeito a um conjunto de garantias para que outros direitos individuais sejam respeitados.

A Constituição também contempla a segurança como um dos direitos sociais em seu artigo 6º, enunciando que: “[...] são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a **segurança**, a

previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Portanto, ensina Barroso (2020), que estando dentro dos direitos sociais, a segurança é uma prestação positiva por parte do Estado, que deve ser proporcionada a todos.

E em seu capítulo III, artigo 144, reservado à Segurança Pública, temos enunciado todos os órgãos que compõe o sistema de segurança pública, dentre eles a Polícia Militar, de onde podemos tirar a sua missão contemporânea:

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:

I - polícia federal;

II - polícia rodoviária federal;

III - polícia ferroviária federal;

IV - polícias civis;

V - polícias militares e corpos de bombeiros militares.

[...]

§5: Às polícias militares cabem a polícia ostensiva e a manutenção da ordem pública [...].

6º As polícias militares e os corpos de bombeiros militares, forças auxiliares e reserva do Exército subordinam-se, juntamente com as polícias civis e as polícias penais estaduais e distrital, aos Governadores dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios (BRASIL, 1988).

Compreende-se do texto constitucional que os conceitos básicos para ação da polícia militar são ordem pública e policiamento ostensivo. Segundo Silva (2020), Ordem Pública é uma situação de pacífica convivência social, sem ameaças de violências. A proteção a esses bens é, modernamente, confiada à Polícia de Manutenção da Ordem Pública, no nosso país exercida, precipuamente, pela Polícia Militar estadual.

Já o conceito de ‘polícia ostensiva’ é novo no texto constitucional e expressa uma ampliação do termo ‘policiamento ostensivo’, correspondente a uma fase da atividade da Polícia para um contexto mais amplo. No texto constitucional, existe uma preferência nítida do constituinte pela prevenção ostensiva constante (vinculada à identificação dos policiais militares pelo uso dos uniformes, equipamentos e armamentos), ao contrário das ideias de ações repressivas eventuais. Conforme Greco (2010), cabe a polícia militar o papel precípua de, ostensivamente, prevenir a prática de futuras infrações penais, com a finalidade de preservar a ordem pública, não impedindo de exercer também a função investigativa.

### **3.2.3 Polícia Militar do Maranhão: origem, aspectos históricos e previsão legal**

No ano de 2021, a PMMA completou 185 anos, sua origem remonta ao período imperial, tendo surgido e se desenvolvido no decorrer do tempo. Desde seu início, a estrutura militar tem sido presente, ainda que a forma de atuação junto à sociedade tenha se modificada, conforme as demandas sociais que se impuseram.

No ano de 1836, durante o período de regência, existia um clima de manifestações, revoltas populares e de escravos, o que gerava preocupação por parte da elite, e diante disso, foi editado decreto regencial permitindo a criação das guardas nos estados brasileiros e o Estado do Maranhão passou a ter uma força de polícia.

No ano de 1836, o então Presidente da Província do Maranhão, Antônio Pedro Costa Ferreira, sancionou a Lei nº 21, de 17 de junho de 1836, criando uma força de polícia com a determinação de Corpo de Polícia da Província do Maranhão, com efetivo de 412 (quatrocentos e doze) policiais. (SOUSA, 2006, p. 37).

E foi nesse contexto, que surgiu o “Corpo de Polícia da Província do Maranhão”, que inicialmente tinha traços de um exército provincial. Afirma Vieira Filho (1975) que esse Corpo de Polícia da Província do Maranhão foi o embrião para o que hoje temos como sendo a PMMA.

Durante esse período, o ingresso no Corpo de Polícia da Província do Maranhão era por meio de inscrição voluntária por simples alistamento, aos moldes do exército brasileiro, com um detalhe, de que fosse observado que se ao final do prazo do alistamento não houvesse um quantitativo desejado de alistados, o presidente da província recrutaria de forma forçada os que encontravam-se aptos para a função com tempos distintos para servir, sendo 4 (quatro) anos para aqueles que voluntariamente se alistaram e 6 (seis) anos, para os que foram recrutados contra a sua vontade, porém, ambos deveriam ter conduta condizente com os padrões de moralidade (FARIA, 2007).

A instituição polícia militar do Maranhão, ao longo de 185 (cento e oitenta e cinco) anos recebeu várias denominações, tais como, “Corpo de Segurança Pública”, “Corpo de Infantaria”, “Corpo Militar do Estado”, “Batalhão Policial do Estado”, “Força Policial Militar do Estado”, “Brigada Auxiliar do Norte” e “Polícia Militar do Maranhão” que é a denominação dos dias atuais. Com as mudanças na nomenclatura, vieram modificações na estrutura organizacional, criação de cargos e aumentos de efetivo, dentre outras.

No ano de 1963, foi criada a Secretaria de Segurança do Estado, através da Lei nº 2.295, de 01 de agosto de 1963, a qual a Polícia militar do Maranhão (PMMA) integraria e seria subordinada administrativamente e operacionalmente para fins de emprego nas ações de manutenção da ordem pública (SILVA, 2019).

Posteriormente, a Lei nº 4.570 de 14 de junho de 1984, dispôs sobre a organização básica da polícia militar do Maranhão que em seu art. 1º já expressava a destinação da instituição:

**Art. 1º.** A Polícia Militar do Maranhão, considerada força auxiliar, reserva do Exército, nos termos do § 4º, do art. 13, da Constituição da República Federativa do Brasil, organizada com base na hierarquia e disciplina, em conformidade com a legislação federal em vigor, destina-se à manutenção da ordem pública e segurança interna na área do Estado (SILVA, 2019, p. 502).

Além da destinação, a referida lei elencava as competências da PMMA:

**Art. 2º.** Compete à Polícia Militar:

- I – executar com exclusividade, ressalvadas as missões peculiares das Forças Armadas, o policiamento ostensivo fardado, planejado pela autoridade competente, a fim de assegurar o cumprimento da Lei, a manutenção da ordem pública e o exercício dos poderes constituídos;
- II - atuar de maneira preventiva, como força de dissuasão, em locais ou áreas específicas, onde se presume ser possível a perturbação da ordem;
- III - atuar de maneira repressiva, em caso de perturbação da ordem, precedendo o eventual emprego das Forças Armadas;
- IV - atender a convocação parcial ou total, inclusive mobilização, do Governo Federal em caso de guerra ou para prevenir ou reprimir grave perturbação da ordem ou ameaça de sua irrupção, subordinando-se à força terrestre para emprego em suas atribuições específicas de Polícia Militar e como participante da Defesa Interna e Defesa Territorial;
- V – Revogado pela Lei nº 7.844, de 31/01/2003
- VI – exercer:
  - a) missões de guarda e honras militares;
  - b) guarda da sede dos Poderes Estaduais;
  - c) atividades de assessoramento policial militar na forma do disposto no artigo 19, parágrafo único, desta Lei.
- VII - atender por determinação do Secretário de Segurança, às requisições do Poder Judiciário;
- VIII – desenvolver operações policiais em conjunto com a Polícia Civil;
- IX – cooperar com os demais órgãos de segurança interna, quando solicitado por autoridade competente (SILVA, 2019).

Portanto, ainda antes do advento da Constituição da República em 1988, a referida lei de organização básica expressou normativamente o papel da PMMA perante a sociedade, detalhando sua destinação, missão e competências. Posteriormente, com a promulgação da nova Carta Constitucional, que destacou a Segurança Pública em seu artigo 144, citando seus órgãos componentes com as devidas atribuições e competências, o que era papel da PMMA não diferiu do que

estava normatizado na lei de organização básica, evitando conflito de inconstitucionalidade.

A Constituição do Estado do Maranhão, ao tratar da polícia militar do Maranhão, em obediência clara ao princípio da simetria, reproduz em seu texto o que o artigo 144 da Constituição Federal expressa sobre as polícias militares em geral:

Art. 112. A Segurança Pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida com vistas à preservação da ordem pública e incolumidade das pessoas e do patrimônio pelos seguintes órgãos:  
I - Polícia Militar;  
[...] (MARANHÃO, 1989).

E em seu artigo 114, a Constituição Estadual trata da organização e competência da PMMA, ao positivizar que:

Art. 114. A Polícia Militar, organizada com base na hierarquia e disciplina, força auxiliar e reserva do Exército, será regida por lei especial, competindo-lhe o policiamento ostensivo, a segurança do trânsito urbano e rodoviário, de florestas e mananciais e as relacionadas com a prevenção, preservação e restauração da ordem pública (MARANHÃO, 1989).

Assim, tanto a lei de organização básica da Polícia Militar do Maranhão, quanto a Constituição Estadual estão de acordo com a nova Constituição cidadã. Para o planejamento e exercício de sua missão constitucional, a PMMA possui como bases institucionais, a hierarquia e a disciplina, de acordo com a Lei nº 6.513/95, estatuto dos policiais militares da Polícia Militar do Maranhão, organizando seu comando de maneira semelhante a uma estrutura piramidal com hierarquização vertical, na qual se distribuem os oficiais e praças. Em seu ápice, se localizam os oficiais superiores (coronéis, tenente coronéis e majores), seguido pelos oficiais intermediários (capitães) e oficiais subalternos (primeiro e segundo tenentes). As camadas subsequentes são compostas por praças especiais (aspirantes, cadetes e alunos do curso de formação de oficiais), seguida pelas praças: subtenentes, sargentos, cabos e soldados, que consolidam sua base (SILVA, 2019, p. 548).

### **3.3 A relação entre saúde mental e profissão policial militar**

Diversos fatores podem afetar a saúde mental das pessoas, tais como, qualidade de vida, estresse ocupacional, transtornos e depressão, sendo esta última umas das maiores causas de suicídios.

Segundo entendimento de Resende (2007) os militares aprendem na vivência recorrente da prática, a reprimir em grande parte os seus afetos, criando uma barreira protetora necessária através de uma aparente frieza emocional. Porém, o policial ao criar essa barreira, com o intuito de ficar imune as interferências em sua saúde mental, e conseqüentemente, o adoecimento, não impede que estas vivências possam desenvolver reações adversas ou sofrimento mental no futuro, haja vista tratar-se de um problema bastante complexo.

A constante exposição ao perigo inerente ao exercício do policial, somada à violência que permeia a sociedade, ocasionam sentimentos como medo de ser agredido, ou até morto no desempenho de sua função, e de ser reconhecido como agente de segurança mesmo em seu horário de descanso e na companhia da família, assim, esses pontos colocam a profissão de policial militar com uma das mais sujeitas a adoecimento da saúde mental, podendo sujeita-los a estresse, depressão e suicídio (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). Todos os dias, o policial militar coloca sua vida em risco em favor da vida do outro (SOUZA *et al.*, 2012). Desse modo, a morte acaba sendo realidade no cotidiano desse profissional, que precisa estar preparado para enfrentá-la a qualquer momento, seja no horário de trabalho ou fora dele (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Portanto, é possível identificar, que os policiais militares compõem uma classe de trabalhadores bastante vulnerável à produção de sofrimento psíquico e que merece atenção, não só da academia, mas também da corporação e da sociedade, reconhecendo e valorizando os trabalhos desses profissionais (WINTER, 2019).

### **3.3.1 Ambiente de trabalho do policial militar e estresse ocupacional**

É importante estudar a relação entre trabalho e saúde mental, principalmente na profissão policial, em que a exposição à violência é grande e os meios fatais estão facilmente disponíveis. A atividade profissional diária de um policial é cercada de fatores internos e externos que impactam consideravelmente no íntimo desses profissionais, pois eles lidam com situações de crise, criminalidade e muitas outras mazelas sociais, e muitas vezes, entre a vida e a morte.

Como a atividade profissional do policial militar, especificada em nossa Constituição Federal, diz respeito ao dever de preservar a ordem pública, bem como, a segurança e a proteção das pessoas e do patrimônio, através de policiamento

ostensivo, acaba por gerar contato e prisões de sujeitos que andam a margem da lei, transgredindo-a, nos mais diversos tipos de ocorrências, bem como, atuam também nas orientações e advertências aos cidadãos.

No entendimento de Santos, Hauer e Furtado (2019), a profissão de policial é carregada de muita desconfiança e descrédito por parte da população, diferente do que ocorre em países mais desenvolvidos, ocasionando na imperceptibilidade da insatisfação dos próprios agentes com os aspectos de seu ofício, pois a sociedade não compreende a política interna, cultura e outras questões relativas as instituições que cuidam da segurança pública.

Afirma o autor ainda que, essa insatisfação, somada ao descrédito da população, resulta em uma queda da autoestima dos policiais, que repercutindo sobre a motivação e comprometimento dos mesmos, concorrem para a diminuição da qualidade do desempenho e afetam a sua saúde mental.

Diante desse cenário, é possível deduzir que os policiais militares carregam consigo, a carga dos problemas sociais, e, toda essa realidade, permeada por constante tensão, pressão e cobrança, enfrentada diariamente por eles, encontra-se intimamente relacionada com o desenvolvimento do sofrimento psíquico desses profissionais (SPORD; MERLO, 2005; FONTANA; MATOS, 2016).

Aduz Nicolau (2009) que o sofrimento psíquico se estabelece, portanto, como um conjunto de fatores psicológicos atrelados a sentimentos desagradáveis ou emoções que afetam o nível de funcionamento adequado do sujeito e que, embora algumas vezes não caracterizem uma patologia, ocasionam determinados sinais e sintomas que geram sofrimento a este, fugindo de seu domínio pessoal e conseqüentemente, afetando em seu ambiente de trabalho.

A rapidez com que as mudanças estão ocorrendo, aliada aos conflitos, apreensões, ansiedade, sedentarismo, transtornos e tensões da vida em nossa época, são responsáveis pela deterioração da saúde mental no trabalho (DEJOURS, 2009) o que para Codo (2002), esse transtorno mental só ocorre quando o sofrimento psíquico atinge outras áreas da vida da pessoa que possuem relevância, sendo a área profissional um grande exemplo. Os policiais militares, que devido a dedicação exclusiva da profissão, pois em raras exceções podem cumular a função com outra atividade, possuem o labor como uma área fundamental, corroborando a intensidade dos transtornos possíveis gerados por esse possível ambiente desfavorável.

Minayo, Souza e Constantino (2008) argumentam que o contexto em que o trabalhador está imerso pode perturbar o comportamento cotidiano do indivíduo, mesmo que ele seja saudável, ou ampliar a possibilidade de um transtorno mental, caso o indivíduo perceba este contexto como estressor. O que é perfeitamente possível mesmo com profissionais, a priori, saudáveis, como é o caso dos policiais militares, haja vista, estes terem sido submetidos a exames no momento da admissão.

Essa dinâmica peculiar da sociedade contemporânea, que vive em uma dinâmica acelerada tem contribuído significativamente para o adoecimento da população, sejam doenças psicossomáticas ou biológicas e o estresse desponta como um dos maiores males da atualidade. Na visão de Limongi França e Rodrigues (2005, p. 30), o estresse pode ser considerado um “[...] estado do organismo, após o esforço de adaptação, que pode produzir deformações na capacidade de resposta atingindo o comportamento mental e afetivo, o estado físico e o relacionamento com as pessoas”.

O estresse, de forma geral, pode ser definido como uma resposta não específica do corpo humano a qualquer evento ou circunstância à qual esteja submetido. Quando estas exigências do ambiente persistem além da capacidade de adaptação do indivíduo, dá-se o surgimento do estresse como doença. De acordo com Moraes, Marques e Portes (2003), atualmente, a atividade laboral do ser humano é uma grande fonte de estresse e em virtude disso tem provocado vários estudos do que hoje se chama de Estresse Ocupacional, aliando o estresse com o ambiente de trabalho do ser humano.

O chamado “estresse ocupacional” é uma reação do indivíduo às ameaças no ambiente de trabalho. Elas se configuram como estressores e denunciam a má relação entre a estrutura psíquica do indivíduo e as pressões psíquicas advindas do ambiente organizacional (ZILLE, 2005). O conceito apresentado por Dolan (2006) revela o estresse ocupacional como um processo em que o indivíduo percebe e interpreta o ambiente em que está situado, estabelecendo uma relação com sua capacidade para tolerá-lo.

Ao tratar da atuação do policial militar, deve-se considerar o fato de que o estresse está diretamente vinculado ao trabalho deste profissional, visto que, suas atividades se desenvolvem constantemente em meio conflitivo, fazendo com que a saúde deste profissional seja afetada drasticamente.

No Brasil, estudo realizado por Sandes (2009), aponta a atividade policial como profissão situada no topo, quando considerados os índices de estresse no trabalho. Ao indicar os fatores causadores de tensão na atividade policial, a autora relaciona a exposição ao risco de vida, atividade em meio hostil, contato com violência, agressões, tragédias humanas e degradação social, além do constante estado de alerta (mesmo nos momentos de folga), cobranças sociais e, muitas vezes, hostilidade da sociedade. Portanto, a atuação do policial militar é envolta de conflitos sociais e tensões.

Segundo Couto (1987), é chamado de tensão, um estado no qual o indivíduo é desviado do seu nível natural de relaxamento, o que conforme aduz Castro *et al.* (2009) cabendo ao policial militar garantir a segurança da sociedade, este poderá agir a qualquer hora do dia, mesmo quando está em seu horário de folga da atividade laboral e essa cobrança, associado ao risco de vida, o medo da morte, acaba gerando constante acionamento de defesas para lidar com os conflitos.

Patterson, Chung e Swan (2014) organizaram um estudo de metadados para verificar como intervenções para gerenciamento do estresse estavam sendo conduzidas com policiais e recrutas e enfatizam que o estresse no trabalho pode levar a quadros de problemas cardiovasculares, transtornos psicológicos e câncer, dentre outros. O estresse no trabalho policial, especificamente, foi relacionado com maior probabilidade de síndrome de Burnout (esgotamento físico e mental intenso, debilitante e diretamente associado a questões profissionais), depressão, problemas conjugais, abuso de substâncias e, finalmente, suicídio.

Portanto, é possível notar que o ambiente de trabalho dos policiais militares, com alta carga de estresse, em muito devido as particularidades da natureza do ofício, pode suscitar vários problemas que impactam na saúde mental dos profissionais e que infelizmente pode chegar a situações crônicas como a depressão ou até mesmo extremas, como por exemplo, tentar contra a própria vida em práticas de suicídios.

### ***3.3.2 A hierarquia e disciplina no ambiente laboral dos policiais militares como possível fator de adoecimento em saúde mental***

A Polícia Militar do Maranhão se caracteriza por ser uma corporação hierarquicamente organizada e disciplinada e por possuir uma vida institucional rica em mitos, símbolos, insígnias e intensidade de visão corporativa. Tais dispositivos

informam a todo o corpo de funcionários sobre o que é a estrutura militar, quem pode dirigi-la e quem deve obedecer: do coronel comandante geral ao último dos soldados, todos têm atribuições e deveres determinados pelos postos e graduações que ocupam.

A hierarquia e a disciplina são os dois pilares da PMMA. Para Silva (2019, p. 547) “[...] são as bases institucionais da Polícia Militar, sendo que a autoridade e a responsabilidade crescem com o grau hierárquico”.

Essa organização em sua estrutura é semelhante a uma estrutura piramidal, na qual se distribuem os oficiais e praças. Em seu ápice, se localizam os oficiais superiores (coronéis, tenente coronéis e majores), seguido pelos oficiais intermediários (capitães) e oficiais subalternos (primeiro e segundo tenentes). As camadas subsequentes são compostas por praças especiais (aspirantes, cadetes e alunos do curso de habilitação de oficiais), seguida pelas praças: subtenentes, sargentos, cabos e soldados, que consolidam sua base.

Quadro 1 - Os círculos hierárquicos e a escala hierárquica da PMMA

Círculo de oficiais	Círculo de oficiais superiores	Coronel Tenente-Coronel Major
	Círculo de oficiais intermediários	Capitão
	Círculo de oficiais subalternos	Primeiro-Tenente Segundo - Tenente
Círculo de praças especiais	Frequentam o Círculo de oficiais subalternos	Aspirante – a - oficial
	Excepcionalmente ou em reuniões sociais, têm acesso ao Círculo de Oficiais	Cadete
Círculo de praças	Círculo de Subtenentes e Sargentos	Subtenente Primeiro-Sargento Segundo-Sargento Terceiro-Sargento
	Círculo de Cabos e Soldados	Cabos e Soldados
	Excepcionalmente ou em reuniões sociais, têm acesso ao Círculo de Subtenentes e Sargentos	Alunos do curso de formação de Sargentos
	Frequentam o Círculo de Cabos e Soldados	Alunos do curso de formação de Cabos e Soldados

Fonte: Silva (2019).

Pelo quadro acima da hierarquia na PMMA em estilo piramidal, é nítido que o alto comando da Instituição (composto por oficiais superiores) é responsável por exarar as diretrizes que norteiam as políticas estratégicas da PMMA, que são repassadas às diversas camadas hierárquicas, até alcançar o nível de execução, seguindo assim toda uma cadeia de comando.

A maneira estratificada como o poder é distribuído contribui para que o policial esteja sempre subordinado aos seus superiores, restringindo a capacidade criadora do militar, que fica condicionada à vontade de seu superior, além de limitar sua autonomia decisória.

A Disciplina é o segundo componente estruturante de organização da Polícia Militar. A organização disciplinar exige distribuir as pessoas no espaço, sendo a melhor forma aquela onde cada indivíduo estaria em seu lugar e em cada lugar um indivíduo. A disciplina tal como exercida na Polícia Militar atinge não só o corpo como a atividade em si, exigindo dos indivíduos: o controle dos expedientes, como horários e escalonamentos de trabalho; a elaboração temporal do ato, de forma tipificada e regulamentada, fazendo o tempo penetrar o corpo, programando-o para a execução da ação; a articulação do corpo com os objetos manipulados, recompondo o gesto global institucionalizado em elementos ínfimos; a sujeição à fiscalização e ao controle dentro de rígida hierarquia, fazendo com que as ordens decorram quase naturalmente da correlação de forças e de poder pela lógica institucional.

Conforme já assinalado, esses dois princípios fundamentam a divisão de trabalho na corporação e se expressam em papéis, tarefas e status que determinam condutas e estruturam formas de relações de comando e subordinação. São eles, também, a base sobre a qual se reatualizam, cotidianamente, sinais de respeito, honrarias, cerimoniais e rituais.

Portanto, essa atividade é intimamente vinculada a muita cobrança institucional, disciplina rígida, que é um dos pilares dessa carreira e um alto risco ocupacional, o que leva esses profissionais o convívio diário com situações que podem provocar danos a outrem ou à sua própria integridade (SPODE; MERLO, 2005; NICOLAU, 2009). Esses fatores demonstram o alto grau de vulnerabilidade à produção de sofrimento psíquico por parte desses profissionais, visto que sua atividade laboral é marcada por uma rotina onde a tensão e os perigos são constantes.

Spode e Merlo (2005) pontuam que devido ao alto grau de exigência e disciplina nas etapas de seleção e admissão, os policiais, em sua maioria, encontram-se saudáveis, tanto física, quanto psiquicamente, ao ingressarem na instituição, porém, Machado e Rocha (2015) explicam que, com o passar do tempo esses indivíduos começam a perceber os efeitos negativos decorrentes de sua profissão como, a falta de reconhecimento, as perdas dos colegas, a percepção de risco real, bem como o sofrimento psíquico decorrente de suas atividades profissionais, gerando efeitos danosos em sua saúde.

No Brasil, Codo (2002) considera que o transtorno mental ocorre apenas quando o sofrimento psíquico atinge áreas da vida que são significativas e a hierarquia existente na profissão também é um fator preponderante. Dessa forma, a própria organização do trabalho ou melhor dizendo, seu ambiente laboral, pode ser considerado como um grande fator de pressão. (FRANCO, 2018).

Um dado importante, relacionado a hierarquia verticalizada das polícias militares, que foi levantado documentalmente nesta pesquisa é o demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Números de suicídios na PMMA por círculos hierárquicos entre 2016 a 2021



Fonte: MARANHÃO (2021; 2022).

É possível notar a grande diferença nos números de suicídios entre o círculo de oficiais para o círculo de praças na PMMA durante o período pesquisado. O número de suicídios entre as praças, que são os profissionais que estão abaixo na

escala hierárquica da PMMA, representou 91,66 % dos suicídios ocorridos nesse período, ligando o alerta para essa relação.

Surge o questionamento se essa considerável maioria tem relação com a hierarquização e cobranças que a camada subordinada recebe em virtude da posição hierárquica inferior dentro da PMMA.

### **3.4 Os reflexos do adoecimento mental nas tentativas de suicídios ou suicídios consumados na PMMA**

Apesar da complexidade de sua determinação, o suicídio pode ser prevenido com intervenções individuais e coletivas de diagnóstico, atenção, tratamento e prevenção a transtornos mentais, ações de conscientização, promoção de apoio socioemocional, limitação de acesso a meios, entre outras. Conhecer e estudar o fenômeno é importante para a elaboração de políticas públicas que permitam o correto enfrentamento do problema e da sua prevenção (BRASIL, 2021).

A compreensão da saúde mental dos policiais militares é de extrema relevância para trabalhar a prevenção e evitar casos mais graves de adoecimentos relacionados a saúde mental e até situações extremas como suicídios. Essa compreensão passa, tanto por um estudo do contexto mais amplo onde se insere essa categoria profissional, quanto pela compreensão da subjetividade daquele que adoeceu. Assim, defendemos 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, garantindo profissionais saudáveis para prestar serviço à sociedade.

#### ***3.4.1 Depressão e suicídio no cotidiano de policial militar***

Os problemas relacionados à saúde mental têm sido bastante comentados na atualidade, pois ganharam uma visibilidade salutar. O direito à saúde, conquistado e ampliado no decorrer da história, engloba a saúde física e a mental.

Ao falar de saúde mental, tratando dos fatores que interferem diretamente nela, a depressão encontra-se entre os temas mais difundidos e comentados atualmente, muito presente na mídia nos dias de hoje, inclusive com campanhas

mundiais falando sobre combate e prevenção a depressão, valorização da vida e suicídio, que foram normatizadas no país tanto em nível federal como nos estados e municípios. Segue abaixo algumas dessas campanhas.

Figura 1 – Logomarca oficial da campanha 2021 da OMS/OPAS.



Fonte: PAHO (2021).

A figura 1, diz respeito a logo da campanha 2021 sobre o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio (WSPD), comemorado anualmente em 10 de setembro, organizado pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) e endossado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O evento representa um compromisso global para chamar atenção para prevenção do suicídio.

Seguindo essa grande iniciativa da OMS, o Brasil realiza suas campanhas conforme podemos visualizar na figura abaixo:

Figura 2 – Logomarca oficial da campanha setembro amarelo de 2021



Fonte: Site da campanha setembro amarelo (2021).

A figura acima, diz respeito ao logo oficial da campanha setembro amarelo, que alça setembro ao mês de prevenção ao suicídio. Desde 2014, essa campanha é organizada nacionalmente pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, em parceria com o Conselho Federal de Medicina – CFM.

Figura 3 – Logomarca oficial referente ao dia mundial de prevenção ao suicídio de 2021



FONTE: Site da campanha setembro amarelo (2021).

Já na figura 3, temos o logo da campanha setembro amarelo que reforça o dia 10 do mês de setembro, oficialmente, como o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, porém, importante frisar que a campanha acontece durante todo o ano, promovida pela ABP e CFM.

A OMS publicou estudo com dados alarmantes sobre o suicídio, relatando que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo (OMS, 2016). O mesmo estudo afirma que mais de 90% dos casos de suicídio estão associados a distúrbios mentais, sendo a depressão o mais comum deles. A existência de um transtorno mental é considerada um importante fator de risco para o suicídio. Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios na população geral, demonstrou que em mais de 96,8% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal (BARTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Esse estudo científico estabeleceu, inequivocamente, um elo entre os dois, comportamento suicida e doença mental.

Em outro estudo mais recente, a OMS (2019) estimou em mais de 700 mil mortes por suicídio anualmente, sendo a quarta maior causa de mortes de jovens de

15 a 29 anos de idade, mantendo praticamente a mesma média de anos anteriores. Como esses suicídios em sua grande maioria estão relacionados a transtornos mentais, podem ser evitados com o tratamento correto. O suicídio é um importante problema de saúde pública, com impactos na sociedade como um todo.

Importante ressaltar que não se deve olhar apenas para os dados relativos a número de óbitos, pois o problema é bem mais complexo, em outro documento, a OMS estima que a ideação suicida é seis vezes mais frequente na população do que as tentativas de suicídio (OMS, 2002), o que acende o debate sobre o tema de forma bem abrangente, devido a esses números alarmantes.

Conforme notícia veiculada no Portal eletrônico G1 no ano de 2014, o Brasil foi o oitavo país do mundo em número de suicídios, vide quadro 1 abaixo. Em 2012, foram registradas 11.821 mortes, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres (taxa de 6,0 para cada grupo de 100 mil habitantes). Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes – alta de 17,8% entre mulheres e 8,2% entre os homens. O que nos leva a uma estatística desfavorável com uma curva ascendente no número de óbitos por essa causa no país.

Quadro 2 – Número de suicídios em 2012 segundo a OMS

<b>Ordem</b>	<b>País</b>	<b>Nº de suicídios</b>
1º	Índia	258 mil
2º	China	120,7 mil
3º	Estados Unidos	43 mil
4º	Rússia	31 mil
5º	Japão	29 mil
6º	Coreia do Sul	17 mil
7º	Paquistão	13 mil
8º	Brasil	11.821

Fonte: Portal do G1 (2014).

Quadros psiquiátricos, como depressão e outros transtornos de humor, estão ligados a aproximadamente 90% dos suicídios, sendo que 80% desses casos não estavam sendo tratados à época do falecimento (LEWIECKI; MILLER, 2013), revelando um importante dado nessa luta contra esse grave problema de saúde pública.

Para Miranda (2016, p. 81), “[...] a literatura especializada também afirma que transtornos de ansiedade são fatores associados às tentativas de suicídios”. Portanto a depressão como mal do século se torna uma das principais preocupações no que diz respeito ao combate ao suicídio. Vários autores tentaram definir suicídio, sendo a concepção durkheimiana a mais conhecida em virtude de sua obra intitulada como tal.

Para Durkheim (2011, p. 14) suicídio é

[...] todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria este resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte.

A OMS (2002) define o suicídio como violência do tipo auto infligida, uma espécie de violência que a pessoa inflige a si mesma. Essa definição abrange o comportamento suicida e a agressão auto infligida. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio – também chamadas em alguns países de “para-suicídios” ou “auto injúrias deliberadas” – e suicídio propriamente dito.

Assim, é possível atestar, que a própria OMS entende, portanto, o suicídio, como aquele ato que, realizado pela própria vítima, buscava dar fim a própria vida ou a sua tentativa.

Durkheim (2011, p. 258) propõe a classificação do fenômeno social do suicídio em três categorias distintas entre si pela motivação do agente e características que envolvem suas ocorrências. Para o autor, o fator preponderante na classificação atine à maior ou menor interação social dos agentes com a comunidade que o cerca. Nesta perspectiva, as taxas de ocorrência de suicídio variam em proporção inversa à integração social dos grupos sociais que o autor estudou. Assim, segundo o sociólogo, os suicídios podem ser classificados em:

- a) Egoísta: é o suicídio caracterizado pela fraca interação do agente com seu meio social. Aquele em que o indivíduo possui poucas e fracas relações sociais, resultando num sentimento de desmotivação e até em quadro psíquico de depressão (SILVA, 2014, p. 25).
- b) Altruísta: é o suicídio marcado pela interação social extremamente forte agente para com a comunidade que o cerca. Assim, sua ocorrência se dá por um motivo maior que o próprio indivíduo, o suicida atua em prol da comunidade a que pertence, de modo que tira a

própria vida para não representar um fardo em seu meio social. Segundo o autor, esse tipo de suicídio diz respeito a uma oposição ao suicídio egoísta.

- c) Anômico: é aquele cuja ocorrência se dá porque a sociedade deixa de regular a vida do indivíduo. As demandas pessoais, financeiras, emocionais ou afetivas do sujeito não encontram lastro na situação social que se apresenta. Segundo Durkheim (2011, p. 311), este é o motivo por que muitas pessoas se matam nas crises econômicas, quando passam a ter de levar uma vida com a qual não estão acostumados e nem preparados para enfrentar.

Em sua obra, Durkheim explica que essa desregulação social da vida do indivíduo, gera consequências que são inerentes a essa forma de suicídio:

A anomia é, portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Por conseguinte, estamos diante de um novo tipo, que deve ser distinguido dos outros. Difere deles na medida em que depende, não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta. O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem mais razão de ser na vida; o suicídio altruísta, essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, tem como causa o fato de sua atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de suicídio anômico (DURKHEIM, 2011, p. 328-329).

O suicídio é uma grande questão de saúde pública, Minayo *et al.* (2008) afirma que “[...] a violência auto-inflicida ocupa um lugar prioritário na pauta dos problemas sociais que provocam impacto sobre a saúde pública no mundo”. Problema esse complexo, no qual não existe manual pronto ou receita passo a passo, pois existem várias causas e várias razões. Nesse sentido:

Estudos tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento revelam dois importantes fatores relacionados ao suicídio. Primeiro, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável. Segundo, suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos. Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 185).

Os suicídios resultam de uma complexa interação entre variados fatores tanto biológicos, como genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais entre outros (OMS, 2006, p. 1), pois são fenômenos complexos que envolvem uma

pesada carga decisória. Diante de problemas complexos não existem soluções simples, sendo necessário um olhar atento aos fatores que possam desencadear tais episódios.

Nos ensinamentos de Franco (2018), ao tratar sobre suicídio, as instituições, costumeiramente, negligenciam suas participações e responsabilidade nesse cenário, atribuindo apenas a fatores dentro da esfera de vida particular do empregado, remetendo a um gesto secundário a questões psicológicas que ele estivesse passando, porém, ignoram que um suicídio no local de trabalho vai além, é uma mensagem de grande sofrimento que é imposta à empresa (assim como aos colegas, à coordenação e aos subalternos).

Todos estão sujeitos aos problemas de saúde mental, dentre os mais diversos, porém uma classe de trabalhadores possui especificidades inerentes ao desempenho de suas funções que contribuem para que seus índices sejam maiores que os da população em geral, nesse caso, a de policial militar.

A depressão é o diagnóstico mais comum em suicídios consumados e cresce a cada ano esse número. E com relação aos policiais militares, afirma Pereira (2015) que o estresse policial é um dos fatores de risco de suicídio mais citados por especialistas da área, tornando a categoria bastante vulnerável.

O estresse policial e seus correlatos já foram associados com ideação suicida (CHAE; BOYLE, 2013). Policiais têm acesso direto a armamentos e são considerados um dos grupos de maior risco para suicídio por experimentar traumas relacionados ao trabalho e possuem o acesso a um dos meios mais utilizados para tal prática. Esse risco de tirar a própria vida é uma preocupação constante entre os profissionais de saúde que lidam com militares. O uso da arma de fogo, como instrumento de trabalho, representa uma ameaça onipresente para o cometimento de um ato impulsivo, levantando atenção especial entre os clínicos que atendem pacientes em crises (MIRANDA, 2016).

Corroborando com esse entendimento, Dias (2011, p. 23) relata que:

A profissão de policial militar é uma atividade de alto risco, uma vez que esses profissionais lidam, no seu cotidiano, com a violência, brutalidade e a morte. A literatura aponta que os policiais estão entre os profissionais que mais sofrem de estresse, pois estão constantemente expostos ao perigo e à agressão, devendo frequentemente intervir em situações de problemas humanos de muito conflito e tensão.

Sendo assim, a péssima qualidade de vida dos policiais militares pode desencadear sintomas de depressão que esses então podem levar ao suicídio. O entendimento de Hauer, Furtado e Santos (2019, p. 20) deixa evidenciado que:

Toda essa realidade, permeada por constante tensão, pressão e cobrança, enfrentada diariamente pelos policiais militares, encontra-se intimamente relacionada com o desenvolvimento do sofrimento psíquico desses profissionais. Diversos fatores relacionados às condições de trabalho devem ser levados em consideração, quando se pretende identificar as causas de tais sofrimentos. No que diz respeito à atuação profissional de policiais militares, questões como a insatisfação com as condições de trabalho, a falta de preparo para a função, o estresse, a carga excessiva de trabalho, as longas jornadas de trabalho, a obrigação 'incondicional' de não demonstrar fragilidade, dentre outros fatores, podem estar relacionadas ao desenvolvimento de tais desarranjos psicológicos.

O que demonstra a grande carga na saúde mental dos profissionais de segurança pública, os mesmos devem possuir equilíbrio para evitar que essas adversidades os adoeçam e possa se tornar algo mais grave, tais como transtornos, depressão ou até mesmo levar ao suicídio.

Considerando que esses profissionais, quando comparados a outros trabalhadores, presume-se que sejam uma classe psicologicamente saudáveis, em virtude de serem submetidos a teste físicos e avaliações psicológicas durante o processo seletivo por concurso público. Assim, seria esperado que o número de suicídios fosse menor do que no restante da população empregada.

Um grande ponto a ser observado e levado em consideração ao tratar de suicídios na classe de policiais militares é que, conforme Pereira (2015), as dificuldades de acesso a dados oficiais confiáveis sobre suicídios cometidos por policiais e o descompasso entre a ocorrência destas mortes e sua publicidade, torna quase impossível traçar uma dimensão sobre o suicídio policial no Brasil, com base nesta fonte.

E além dessa dificuldade em acessar esses dados, existe a má classificação da causa mortis. O suicídio entre policiais, usualmente, é classificado como acidente ou como causa indeterminada, sendo comum encontrar na Polícia mortes classificadas como "mortes com armas de fogo" com intencionalidade desconhecida.

O tema suicídio entre os policiais militares ainda é pouco conhecido, por diversas particularidades, muito embora seja um profissional presente em todos os municípios do país. No entendimento de Franco (2018), o suicídio, em qualquer

grupo, pode ser prevenido, mas, para isso, precisa-se de mais informação. Sobre essa falta de estudos e conhecimentos acerca do tema, infere-se que:

[...] alguns fatores podem ter contribuído para a reduzida quantidade de estudos acadêmicos em torno da classe policial. Em uma análise ampla, pode-se pensar que o período da ditadura militar, na história recente do país, somado ao noticiário que enfatiza os desvios de conduta cometidos por policiais, colaboraram para uma opinião depreciativa dessa categoria profissional e isso tenha refletido no pouco interesse quanto ao sofrimento mental desse grupo específico. Acrescente-se a isso que, nem sempre, o acesso ao interior dos quartéis é facultado aos pesquisadores (COSTA, 2016, p.13).

A dificuldade em virtudes desses fatores, garante esse vácuo de estudos e pesquisas sobre o tema entre os profissionais de segurança pública, que embora sejam uma grande maioria do funcionalismo público do Brasil, pouco se conhece, até porque alguns casos nem mesmo são classificados como suicídio, principalmente aqueles que ocorreram com o auxílio de arma de fogo, como bem esclarece Miranda e colaboradores (2019, p. 18), ao afirmar que “[...] a arma de fogo é o principal meio utilizado pelas vítimas nas quatro categorias de análise: suicídio consumado, tentativa de suicídio, homicídio seguidos de suicídio e morte por causa indeterminada”. Esse fator se dá primordialmente pela facilidade e acesso desses profissionais a armamento em virtude até da natureza do ofício.

O policial militar tem uma grande dificuldade em procurar tratamento, pois até mesmo pela própria formação e histórico da profissão, os mesmos são tidos como heróis, guerreiros ou superiores ao tempo, gerando assim um estigma de que o profissional está imune a certos acometimentos como os oriundos de problemas de saúde mental.

Não raro, a própria corporação não observa com bons olhos os policiais que procuram tratamento ou não dão o apoio necessário, e com isso, os militares sentem vergonha em pedir ajuda ou procurar tratamento, pois para eles isso pode significar ser fraco ou incapaz, quando na verdade a busca por serviços médicos adequados seria parte da solução para evitar os casos de suicídio.

Diversos fatores contribuem para o alto índice de suicídio entre policiais militares, além da depressão que já foi comentado anteriormente, temos o ambiente de trabalho sob pressão diariamente, a estrutura hierarquizada que muitas das vezes pode ocasionar em assédio moral, constrangimentos e humilhação, temos também o alto índice de policiais envolvidos com drogas ou álcool, problemas de

relacionamento e também endividamento financeiro. Segundo Hauer, Furtado e Santos (2019, p. 21):

É válido ressaltar que, estudos indicam que, as atividades profissionais diárias desempenhadas por esses profissionais encontram-se intimamente relacionadas a questões de sofrimento psíquico, como distúrbios do sono, o desenvolvimento Transtornos de Ansiedade, Depressão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Humor Bipolar, abuso de álcool e outras drogas, bem como ao uso desregrado de medicamentos controlados, podendo levar até ao suicídio.

Chae e Boyle (2013) encontraram cinco fatores predominantes para a ideação e comportamento suicida em policiais: estresse organizacional, incidência de trauma crítico; trabalho em turnos; problemas de relacionamento e uso/abuso de álcool. Todos esses fatores são muito comuns na relação privada/profissional dos policiais militares.

Detalhando os fatores mencionados pelos autores, a rotina e atividades dentro do ambiente de trabalho desses profissionais, conforme já foi mencionado, são altamente propícias para o estresse organizacional; a incidência de traumas críticos também é algo muito comum, pois diariamente os policiais lidam com confrontos, brigas, conflitos e outras mazelas sociais, quando não diretamente com a morte de terceiros, companheiros de serviço e o risco de vida iminente; o trabalho em turnos faz parte da dinâmica do serviço, pois a segurança pública é um direito de todos e dever do Estado para com a sociedade ininterruptamente; e os problemas de relacionamento e abusos do uso de álcool e muito derivam desses outros fatores citados anteriormente, que acabam por adoecer o policial fisicamente e mentalmente.

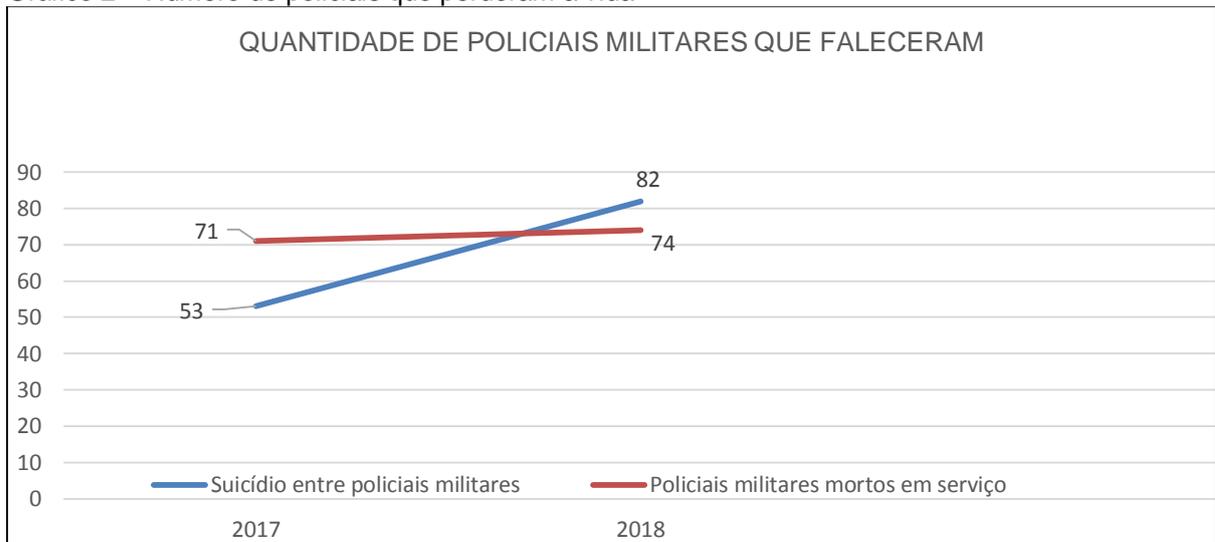
Portanto, como destacado, a profissão de policial militar está entre as mais estressantes e com isso, sofre interferências que podem levar a casos de comprometimento de sua saúde mental. Nogueira (2005), abordou o tema de suicídios e tentativas entre policiais militares e reconheceu seu aspecto multicausal, tendo apontado a organização do trabalho na PM como um fator passível de desencadear esse comportamento, bem como a exposição a situações potencialmente traumáticas, corroborando com os demais autores que estudaram esse fenômeno. A autora sugeriu medidas para prevenção do transtorno através do encaminhamento dos militares para atendimento especializado:

O afastamento da atividade operacional dos envolvidos em ocorrências com mortos e feridos e o encaminhamento e acompanhamento de policiais

militares com problemas emocionais. Um procedimento importante seria criar condições para o atendimento psicológico do policial militar ou de sua equipe, conforme o caso, em no máximo 72 horas após a participação em ocorrências dessa natureza. Tal medida, ao possibilitar a verbalização dos sentimentos e afetos relativos ao acontecimento, pode reduzir o impacto nocivo do estresse suscitado pelo evento (NOGUEIRA, 2005, p.231).

Os últimos estudos sobre o suicídio entre policiais são alarmantes, conforme gráfico 2 abaixo:

Gráfico 2 – Número de policiais que perderam a vida

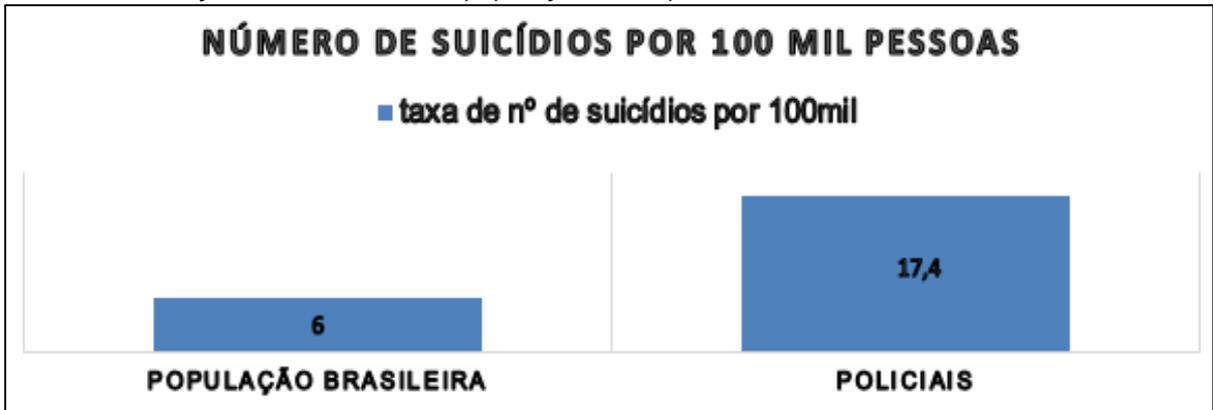


Fonte: (FSBP, 2019).

De acordo com o relatório do 13º anuário brasileiro de segurança pública (FBSP, 2019), lançado no mês de outubro de 2019, que expressa dados do ano de 2018, tivemos 104 suicídios entre policiais no Brasil, e especificamente nas polícias militares, esse número foi 53 casos em 2017 e 82 em 2018, taxa essa que sofreu, conforme relata a pesquisa, um aumento de 64,63 % em relação ao ano anterior. Esses dados são mais alarmantes ainda quando comparado ao número de policiais mortos em serviço, que foi de 87 no mesmo período, portanto, no Brasil, o número de policiais que tira a própria vida é maior que o dos que morrem em serviço. Panorama esse que acende o alerta para a necessidade das corporações prestarem melhor assistência à saúde mental para os seus agentes.

Outro dado extremamente importante e preocupante é o comparativo entre as taxas de suicídios da população brasileira e de policiais, conforme observado no gráfico 3 abaixo:

Gráfico 3 – Relação entre suicídios da população e dos policiais

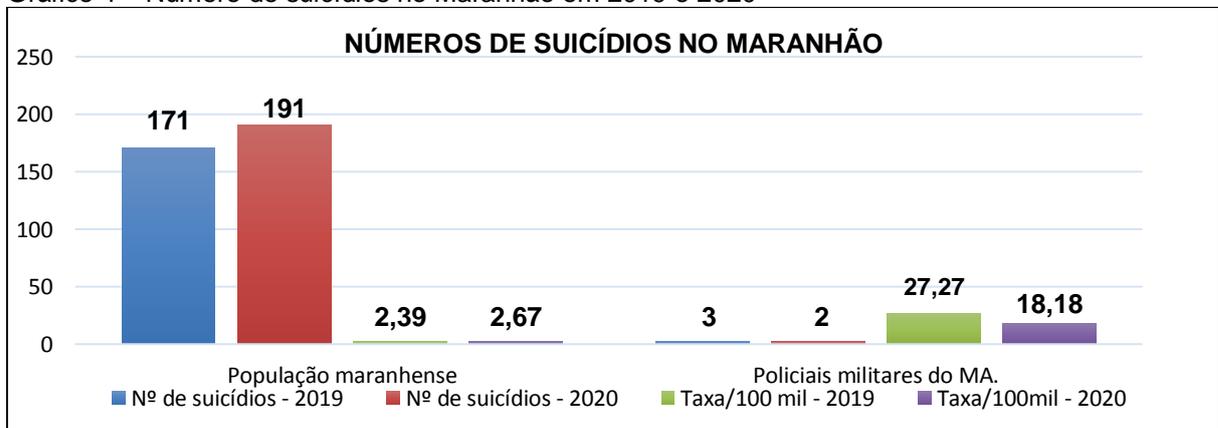


Fonte: (FBSP, 2019).

Segundo o relatório anual do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, divulgado em outubro de 2020, a taxa de suicídios entre policiais militares e civis da ativa no Brasil em 2019, foi quase o triplo da taxa verificada entre a população em geral de acordo com os dados levantados na presente edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2020). Em 2019, assim como em anos anteriores, morreram mais policiais por suicídio do que em confronto em serviço.

Em relação ao Estado do Maranhão, especificamente, nos anos de 2019 e 2020 ocorreram 171 e 191 suicídios na população em geral respectivamente, não sendo contabilizados nenhum suicídio entre policiais militares (FBSP, 2021). No entanto, conforme dados coletados junto a PMMA, tivemos 03 suicídios em 2019 e 02 suicídios em 2020 (PMMA, 2021; 2022), o que proporcionalmente ao número de integrantes da Corporação, equivale a uma taxa de 27,27 e 18,18 suicídios, taxa essa 11,41 e 6,8 vezes maiores que da população em geral.

Gráfico 4 – Número de suicídios no Maranhão em 2019 e 2020



Fonte: FBSP (2021) e MARANHÃO (2022).

Quando analisados os índices de mortalidade por suicídio tomando por fator comparativo as características ocupacionais, constata-se que o número de policiais que se mata é sempre muito superior ao número de suicidas na população em geral (MIRANDA, 2016, p. 18-19).

Esses dados relacionados a casos de suicídios entre policiais não são exclusividades aqui no Brasil, em estudo feito nos Estados Unidos, Miller (2005) cita um palestrante americano que se dirigia aos policiais arguindo se sabiam dizer qual indivíduo ou grupo representava a pior ameaça à vida deles e a resposta dada pelo próprio palestrante sempre os surpreendia: pois o mesmo afirmava que a ameaça vinha dos próprios policiais. De acordo com dados desse estudo, anualmente, morrem mais policiais por suicídio do que em confronto nas ruas e que a taxa de suicídio entre policiais é em torno de duas a três vezes maior do que a taxa da população em geral, o que não fica distante da realidade brasileira.

Programas e ações de saúde que visem à prevenção e o tratamento dos sofrimentos psíquicos que acometem essa população, ainda são muito escassos no Brasil. Violanti *et al.* (2011) constataram que o número de suicídios em pequenos departamentos de polícia é significativamente maior do que nos departamentos grandes, o que pode refletir a falta de assistência psicológica, a visibilidade dessas pessoas na comunidade e o aumento da carga de trabalho, já que são poucos funcionários para dividi-la. O que nos leva a questionar a falta de assistência com o aumento do número de casos e se caso contrário, poderíamos ter diminuição dos mesmos, evitando muitos desfechos lamentáveis.

Um estudo realizado no Estado de São Paulo, demonstrou que a implementação de Programa de Prevenção e Manifestações Suicidas (PPMS), contribuiu significativamente para a redução dos índices de suicídio entre policiais militares dessa cidade, divergindo das localidades que desproviavam desses serviços. Nesse sentido, faz-se extremamente necessário o desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento direcionados a esta população (FBSP, 2019).

#### 4 AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA E POLÍTICAS INSTITUCIONAIS DE COMBATE E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO

No decorrer desse trabalho, os capítulos anteriores abordaram o direito a saúde, desde seu conceito, com diversas abordagens e viés, até o status de direito fundamental e direito social adquirido com a promulgação da Constituição de 1988 no Brasil, ainda, o tratamento dispensado a este direito pelo ordenamento jurídico. Também, apresentou-se a teoria da equidade através da abordagem de John Rawls, de seu livro, uma teoria da justiça, associando com o estudo de Norman Daniels que tentou aproveitar a teoria de Rawls para o estudo do direito sanitário, adaptando-a, e com isso abordando o direito de acesso a saúde. Discorreu-se ainda sobre a relação entre Polícia Militar e saúde mental, afim de relacionar a missão constitucional desses profissionais e seu ambiente de trabalho com fatores que possam desencadear malefícios à saúde mental desse público alvo com intercorrências que possam levar a casos de suicídios na Corporação.

Neste capítulo será estudado sobre a legislação e políticas públicas de promoção a saúde mental voltadas para os profissionais de segurança, em especial os policiais militares do Estado do Maranhão. Explanará ainda sobre a estrutura organizacional da PMMA disponível para assegurar o direito a saúde mental, assim como avaliação dos instrumentos e políticas institucionais de combate e prevenção ao suicídio de policiais militares e por último, analisar os casos de suicídios ocorridos no Estado do Maranhão nos últimos 05 anos.

O desenvolvimento do presente trabalho percorrerá o caminho metodológico utilizando como base o referencial das obras de Lakatos e Marconi (2019, 2020), Dias e Gustin (2013), Minayo; Deslanes; Gomes (2019), SILVA, Maria Ozanira da Silva (2001, 2013) <sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Na presente pesquisa foram consultadas as seguintes obras: DIAS, M. T. F.; GUSTIN, M. B. S. **(Re) pensando a pesquisa jurídica**: teoria e prática. 4.ed. rev. e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2013; LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 7.ed., São Paulo: Atlas, 2019; LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. 8.ed., São Paulo: Atlas, 2020. MYNAIO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2019. SILVA, M. O. da S. *et al.* **Pesquisa avaliativa**: aspectos teóricos-metodológicos. São Paulo: Veras Editora, 2013. SILVA, M. O. da Silva (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais**: teoria & prática. 2.ed. São Paulo: Veras Editora, 2001.

Conforme Dias e Gustin (2013), o trabalho será desenvolvido sobre o veio teórico-metodológico de vertente jurídico sociológica, que:

Propõe-se a compreender o fenômeno jurídico no ambiente social mais amplo. Analisa o direito como variável dependente da sociedade e trabalha com as noções de eficiência, eficácia e de efetividade das relações direito/sociedade [...] estuda a realização concreta de objetivos propostos por lei, por regulamentos de todas as ordens e de políticas públicas ou sociais [...] complementando –o com a análise de demandas e de necessidades sociais e de sua adequação aos institutos jurídicos, sociais e políticos (DIAS; GUSTIN, 2013, p. 22).

De acordo com o proposto por Minayo (2019), a pesquisa será qualitativa, desenvolvida através de um processo de trabalho científico, que compreende três etapas, iniciando pela fase exploratória, que consistiu na produção do projeto de pesquisa e todos os procedimentos para a entrada em campo, depois a fase de campo em si, dialogando a realidade concreta com construção teórica elaborada na primeira etapa, realizando entrevistas semi-estruturadas dentro da PMMA, interlocução com os pesquisados, diálogo com o material documental, legislativo, jurídico, analisando-os, bem como compreendendo as políticas públicas relacionadas ao combate e prevenção ao suicídio, sendo nessa fase, o momento em refutar ou confirmar as hipóteses e por fim, na última etapa, o tratamento e análise do material, através de um conjunto de procedimentos para valorizar, compreender e interpretar os dados e articulá-los.

Para avaliar a eficácia do direito de acesso às políticas públicas de saúde mental pelos policiais militares, é necessário compreender as políticas institucionais de combate e prevenção de suicídio, adotando o entendimento de Silva (2013), que define a avaliação como uma modalidade de pesquisa social aplicada, que envolve necessariamente um julgamento de valor, sem neutralidade, onde a realidade está em constante transformação, sendo a ciência marcada pelos valores da sociedade, sem separar teoria da prática, não existindo dicotomia entre sujeitos e objeto do processo, através de uma relação dialética entre as dimensões e ela inerentes: a dimensão política e a dimensão técnica.

Portanto, através de uma abordagem qualitativa, será avaliado o direito de acesso às políticas públicas de combate e prevenção ao suicídio através da compreensão das políticas institucionais da PMMA.

Deste modo, por eficácia a ser aferida entende-se a relação entre os objetivos atingidos e os objetivos que constam na proposta da política, ou seja, o

cumprimento das metas estabelecidas, que serão analisadas a partir da política institucional da PMMA e sua estrutura de acesso ao direito a saúde mental por parte de seus integrantes no enfrentamento do suicídio.

A pesquisa avaliativa será compreensiva e interna, conforme classificação de SILVA (2013), capaz de clarificar causalidades e relacionar os objetivos previamente especificados com a combinação de avaliação de processo e de impactos, e, segundo a procedência do avaliador, será realizada no interior da PMMA, por pesquisador integrante da Instituição, mas que não pertence ao setor responsável pela política e nem está diretamente vinculado à formulação ou execução do programa, o que proporciona minimizar o inconveniente de menor objetividade frente ao envolvimento e identificação entre avaliador e avaliado. O raciocínio ou método de abordagem a ser utilizado na presente pesquisa, para aceitar ou refutar um fato ou fenômeno como verdade, será o crítico-dialético:

[...] que permite o desenvolvimento das avaliações a partir de aproximações sucessivas com a realidade, de modo a possibilitar movimentos articulados capazes de superar a aparência e desvendar a essência dos fenômenos, no caso, o objeto da avaliação. Trata-se de uma tentativa de construção da realidade, partindo do abstrato ao concreto, com uso articulado de diferentes procedimentos de pesquisa e informações provenientes de diferentes fontes, com realce para as prestadas pelos diferentes sujeitos envolvidos no processo da política ou programa avaliado, privilegiando-se aqui os usuários, maiores interessados nesse processo. Busca-se chegar a uma construção da realidade, mediante levantamento de informações, considerando alguns pressupostos fundamentais (SILVA, 2015, p. 91).

No âmbito deste trabalho, essa estrutura a ser observada demonstra ser um fator significativo, uma vez que incipiente, poderá debilitar o desempenho do trabalhador no quesito profissional e nos diversos aspectos da vida pessoal. Nesse sentido, no presente estudo pretende-se avaliar se a PMMA garante o direito de acesso às políticas públicas de saúde mental aos seus integrantes, através de uma política institucional que combata a vulnerabilidade a atos de suicídios.

Através dessa abordagem dialética, tenta-se construir a realidade, partindo do abstrato ao concreto, e essa mudança proposta nas condições de vida do grupo pesquisado, no caso, os policiais militares, serão consideradas em virtude de vários fatores, tais como as condições financeiras materiais e institucionais, especificidades das conjunturas e a ação de diversos sujeitos, tais como os responsáveis pela implementação das políticas públicas, os profissionais e técnicos que atuam nos setores de promoção de saúde mental na corporação e os policiais e

familiares que são os usuários e maiores interessados no processo, o que inclusive, é defendido por Silva (2013, p. 91) como sendo parte da perspectiva metodológica sugerida para esse tipo de avaliação, pois “situa a política ou programa na sua relação com o Estado e a sociedade, considerando que toda avaliação é desenvolvida num contexto de sujeitos e interesses; ela nunca é consensual ou definitiva [...] é um ato político, mas também técnico.

Será trabalhada sobre uma abordagem qualitativa, realizada através de levantamento bibliográfico e análise documental e como técnicas de pesquisa, entrevistas semiestruturadas com o gestor da PMMA, com intuito de entender a gestão estratégica da instituição em torno dessa temática e com integrantes CAPS/PMMA, afim de compreender o dia a dia, rotina e percepção sobre a área de saúde mental na PMMA e sua devida importância.

Em relação as fontes utilizadas para a investigação do objeto, a pesquisa pode ser bibliográfica, de laboratório e de campo. A bibliográfica é realizada com bases em fontes disponíveis, como documentos impressos, artigos científicos, livros, teses, dissertações [...] a documentação direta [...] de levantamento de dados no próprio local onde os fenômenos ocorrem [...] através da pesquisa de campo (em que o objeto é abordado em seu ambiente e a coleta de informações é realizada nas condições naturais que os fenômenos ocorrem) (LAKATOS; MARCONI, 2020, p.32).

No primeiro capítulo foi feito a coleta de materiais para conceituar o direito de acesso à saúde como direito à saúde, através de estudos sobre o assunto, pesquisa doutrinária, material bibliográfico como livros e artigos científicos levantados nas plataformas de estudos sobre a temática, bem como a coleta de legislação e diretrizes administrativas.

O capítulo seguinte, tratou de realizar a documentação indireta através da coleta de dados de fontes primárias e secundárias, no intuito de compreender a relação entre saúde mental, suicídio e as atividades desempenhadas pelos policiais militares do Maranhão. Deliberando sobre aspectos relevantes dessa relação, definindo saúde mental e suas especificidades, abordando o tema acerca de suicídios, coletando dados estatísticos disponíveis sobre o número de casos nos últimos anos, a exemplo do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2018, 2019, 2020), que nos apresenta dados lamentáveis e alarmantes onde o número de suicídios de policiais ultrapassou o de profissionais mortos em serviço no desempenho da função e também de outras pesquisas sobre o tema em outros

Estados ou corporações. A intenção foi de correlacionar saúde mental, desempenho das atividades policiais e suicídios, caso exista essa relação.

O presente capítulo, tratará de avaliar as políticas públicas relacionadas à saúde mental dos policiais, através da legislação e programas vigentes, que assegurem e denotem essa preocupação com a temática.

Nesse capítulo será feita a avaliação das políticas públicas ofertadas através da estrutura institucional da PMMA, voltada para o objeto da pesquisa, e para isso, convém levar em consideração os ensinamentos de Silva (2013, p. 41) ao destacar “[...] a avaliação como um possível instrumento que pode ser utilizado por segmentos sociais organizados para fortalecimento da pressão social sobre o Estado no sentido de conquistas de direitos sociais”, e ainda nessa linha de raciocínio Silva (2001, p. 51) afirma que “[...] a avaliação se caracteriza por atribuir valor a algo, utilizando-se da maior objetividade e precisão possível, devendo expressar a realidade”, sendo essa avaliação de fundamental importância para a pesquisa, haja vista, como elencado anteriormente, o direito à saúde ser um dos direitos sociais, e o direito de acesso através de uma política ampla e eficaz de saúde mental na prevenção e combate ao suicídio, bastante relevante.

Essa avaliação, seguindo a metodologia proposta, teremos:

Quando avaliar? Será feita no decorrer do desenvolvimento da presente pesquisa, verificando a existência ou não de uma política pública ou programa implementado de direito ao acesso à saúde mental pelos policiais militares do Maranhão, seja ele de âmbito federal, estadual ou municipal.

Onde avaliar? Dentro da corporação objeto desse estudo, ou seja, na Polícia Militar do Maranhão, órgão que abrange e atua em todos os municípios do Estado.

Para quem avaliar? Possui propósito múltiplo, tanto o público interno quanto o externo, que é a sociedade, receptora dos serviços prestados pela Instituição;

Que avaliar? As políticas institucionais de combate e prevenção ao suicídio, analisando a estrutura interna da PMMA;

Por que avaliar? Para avaliar a eficácia do direito de acesso as políticas públicas de saúde mental pelos policiais militares;

Para que avaliar? Visando garantir o respeito ao direito à saúde dos policiais, através do amplo acesso as políticas públicas de saúde mental, no combate e prevenção ao suicídio;

Quem avaliar? Serão avaliados os gestores com sua visão estratégica da estrutura interna de promoção a saúde mental, bem como os profissionais que lidam diretamente nos setores de promoção à saúde, como Diretoria de Saúde da PMMA na região metropolitana do Estado e os núcleos em cidades do interior, visando coletar dados nos três níveis, estratégico, tático e operacional.

Como avaliar? a técnica de coletas de dados será feita através de observação, denotando um viés empírico, e, da aplicação de entrevistas semiestruturadas, com profissionais da Corporação, gestores e profissionais que atuam no CAPS/PMMA, para buscar investigar e compreender se as políticas institucionais de apoio à saúde mental dos policiais militares do Estado do Maranhão, no combate e prevenção ao suicídio, são acessíveis e efetivas e com isso avaliar se essa estrutura se mostra eficaz no combate e prevenção ao suicídio, afim de reverter esse aumento de número de casos na Corporação estadual.

#### **4.1 Legislação e políticas públicas de promoção à saúde mental voltada para profissionais da segurança pública**

Apesar da gravidade do problema, a preocupação com a saúde mental dos policiais militares, principalmente no que diz respeito aos suicídios, não tem recebido a devida atenção do poder público nem das organizações policiais internacionais e nacionais, da forma como deveria ser, ou seja, com prioridade.

No Brasil, de acordo com estudo feito por Dayse *et al.* (2019), o descaso do poder público é condizente com o caráter tradicional das políticas de segurança pública no país, afirmando que no estado do Rio de Janeiro, por décadas, gestores públicos priorizaram investimentos materiais (viaturas, rádio-comunicação e armas) em detrimento de políticas de valorização de recursos humanos de policiais civis e militares e isso, não é algo exclusivo dessa unidade da Federação, infelizmente.

No que diz respeito a legislação ou políticas relacionadas a melhoria da assistência ao direito constitucional à saúde, o que engloba a saúde mental, tivemos muitos avanços que já foram explanados na presente pesquisa.

Inicialmente com um modelo higienista, mais preocupado em isolar do que assistir as pessoas que sofriam de algum problema de saúde mental, onde a forma de enfrentar era enclausurando as pessoas em manicômios, foi evoluindo para o que nós temos nos dias de hoje, que não é a forma perfeita, porém já são consideráveis os avanços no decorrer dos anos.

Alguns movimentos foram necessários para que a mudança no modelo de assistência saísse do modelo manicomial para algo mais humano e que respeitasse a dignidade humana das pessoas, em consonância com nossa Constituição Federal.

Seguindo a ordem cronológica, adveio o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), que desencadeou a movimento de luta antimanicomial, considerado o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica, ao ponto que é considerado precursor desta e com o grande destaque que o direito a saúde alcançou com a nova Constituição Federal, diversos dispositivos legais surgiram para reforçar essas conquistas.

A lei nº 10.216/01, conhecida como lei da reforma psiquiátrica, representa um grande avanço jurídico no que concerne aos direitos dos usuários e de seus familiares em saúde mental. Tem como foco a saúde mental de base comunitária e dispõe, fundamentalmente, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, adequando-se ao modelo defendido por nossa Constituição Federal, de uma assistência à saúde mental mais digna e humana, como forma de garantir a concretização do direito a saúde.

Avaliando a lei da reforma psiquiátrica, chegamos à conclusão que foi um grande avanço na concretização do direito a saúde mental e tornou-se um importante reforço no combate e prevenção ao suicídio, haja vista, que conforme dados de pesquisas já expressos no trabalho, a imensa maioria dos casos de suicídios são em decorrências de problemas psíquicos<sup>5</sup>.

A partir do momento que temos uma legislação que assegura por parte do poder público a garantia de direitos inerentes à saúde mental para sociedade, os policiais militares como parte integrante dessa, também são diretamente

---

<sup>5</sup> LEWIECKI, M. E.; MILLER, S. A. Suicide, guns, and public policy. **American Journal of Public Health**, v. 103, 2013.

BERTOLOTE, J. M.I; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**. 2002, out., n. 1, v. 3, p. 181-185.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World suicide report: preventing suicide: a global imperative**, 2014.

beneficiados, mesmo que não estejamos tratando de algo específico e levando em consideração as suas especificidades.

De acordo com a pesquisa bibliográfica e documental realizada na confecção desse trabalho, o adoecimento mental está relacionado diretamente com casos de suicídios ou tentativas e no caso de policiais militares, conforme outros estudos nacionais e/ou internacionais, esses números são preocupantes, devido a tendência em serem maximizados se comparados as outras parcelas da sociedade<sup>6</sup>.

Para Miranda (2016, p.81), “[...] a literatura especializada também afirma que transtornos de ansiedade são fatores associados à tentativa de suicídio”. Portanto, esses problemas psíquicos, em especial a depressão, considerada mal do século, tornam-se uma das principais preocupações quando se fala do direito a saúde mental como concretização do efetivo direito a saúde no que diz respeito ao combate ao suicídio.

Conforme exposto anteriormente, estudos apontam que a depressão é o diagnóstico mais comum em suicídios consumados e cresce a cada ano esse número, e analisando esses dados da classe dos profissionais de segurança pública, a preocupação deve ser redobrada, pois muitos fatores relacionados a essa profissão podem contribuir para adoecimento mental dos policiais.

A própria OMS já destacou esses números preocupantes no que diz respeito ao suicídio, afirmando que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo (OMS, 2016), e vai além, relatando que 90% dos casos de suicídio estão associados a distúrbios mentais e, portanto, podem ser evitados com o tratamento correto.

Conforme a OMS (2014), em um âmbito nacional, para que haja efetiva mudança social no que tange ao tema do suicídio, três pontos devem estar presentes: conhecimento, suporte público (apoio político), e uma estratégia social de abrangência nacional que tenha por objetivo alcançar metas relativas à prevenção ao suicídio. No Brasil, é possível verificar que o país avança no sentido de implantar políticas públicas que tenham como objetivo a prevenção do suicídio.

---

<sup>6</sup> MIRANDA, D. **Por que policiais se matam?** Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mórula editorial, 2016.  
SANDES, R. C. dos S. **Stress na atividade policial:** qualidade de vida e saúde integral como mecanismos de enfrentamento. *In:* Anais do 9º Congresso de Stress da ISMA-BR e 11º Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Porto Alegre: Junho/2009.

Corroborando com o entendimento sobre a relação entre saúde mental e suicídios, José Bertolote, médico brasileiro que também atuou na OMS, em determinada entrevista, disse que existem duas tendências opostas nos últimos anos. Uma que “[...] nos países onde há uma política de prevenção do suicídio bem elaborada e bem implementada”, existe uma tendência de queda e por outro lado, em países “[...] sem nenhum programa eficaz de prevenção”, as taxas sobem (ONU, 2019).

O citado profissional, em concordância com outros estudiosos do assunto, defende que um fator muito associado com o suicídio são as doenças mentais, que em muitos países não recebem a atenção adequada e que, no mundo ocidental, o mais importante é que as pessoas saibam que o suicídio está sempre associado a uma forma de sofrimento psíquico e emocional em que é preciso de ajuda. Assim, a melhoria dos cuidados de saúde mental poderia resultar também numa grande redução das taxas de suicídio.

No que diz respeito a políticas públicas voltadas para a prevenção e combate ao suicídios e/ou tentativas, existem algumas iniciativas por parte do poder público que serão citadas e avaliadas.

Em 1999 a OMS lançou o Suicide Prevention Program (SUPRE), uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Este manual faz parte de uma série de recursos preparados como parte do SUPRE e direcionados a grupos sociais e profissionais específicos que são particularmente relevantes na prevenção ao suicídio.

Nesse sentido, em 2006 no Brasil, afim de se adequar às diretrizes da OMS, foi publicada a Portaria nº 1.876/06, do Ministério da Saúde, que “institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2006).

A referida portaria, em seu art. 2º, prescreve que:

As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo:  
I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio [...] (BRASIL, 2006).

Com isso, desde 2006, quando foi publicada essa Portaria, o Brasil conta com diretrizes para a prevenção ao suicídio. A norma estabelece que as medidas devem ser implantadas em todas as unidades da federação e incluir, entre outras ações, medidas de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos, a fim de fazer frente aos casos de suicídios, classificados como um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido (BRASIL, 2006).

Outro ponto importante de intervenção estatal, trata-se do lançamento em 2006 pelo Ministério da Saúde do manual “*Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*”, com especial ênfase às equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Integra a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, que instrui os profissionais em como detectar precocemente indícios de ideação suicida nos seus pacientes e atuar preventivamente (BRASIL, 2006).

Esta iniciativa é parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que visa a reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros(as), nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições.

Como um sério problema de saúde pública, a prevenção do comportamento suicida não é uma tarefa fácil. Uma estratégia nacional de prevenção, como a que se organiza no Brasil desde 2006, envolve uma série de atividades, em diferentes níveis, e uma delas é a qualificação permanente das equipes de saúde, uma das diretrizes desta proposta. Uma vez que várias doenças

mentais se associam ao suicídio, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes na sua prevenção.

O relatório da OMS intitulado *Prevenção do suicídio: um imperativo global*, incentiva que cada país desenvolva e reforce estratégias de prevenção de abordagem multissetorial (WHO, 2014).

Além disso, em 2014 foi lançada pela Associação Brasileira de Psiquiatria a cartilha “*Suicídio: informando para prevenir*”, que trata, entre outros temas, sobre o luto que sofrem os familiares e amigos das vítimas de suicídio, informando que, a cada morte, pode-se estimar que cerca de 60 pessoas são afetadas diretamente. Além disso, recomenda que pessoas que tentaram suicídio e seus familiares, bem como os familiares daqueles que efetivamente consumaram o suicídio recebam acompanhamento médico e psicológico, no intuito de impedir novas tentativas e reestabelecer suas condições emocionais e sociais (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Outro dispositivo legal é a Lei nº 13.675/18, de 11 de junho de 2018, que disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do artigo 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp). Visa coordenar ações relacionadas à segurança pública e integrar todos os órgãos que compõem o sistema de segurança público previsto no artigo 144 da Constituição Federal, bem como as atribuições de cada ente federativo (BRASIL, 2018).

De fundamental importância para essa pesquisa, a referida lei institui o Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública (Pró-Vida), que tem por objetivo elaborar, implementar, apoiar, monitorar e avaliar, entre outros, os projetos de programas de atenção psicossocial e de saúde no trabalho dos profissionais de segurança pública e defesa social, bem como a integração sistêmica das unidades de saúde dos órgãos que compõem o Susp.

Esse pró-vida é um grande aliado no acesso ao direito à saúde mental por partes dos policiais.

Dando continuidade, no primeiro semestre de 2019, foi sancionada a Lei nº 13.819/2019, instituindo a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil (PNPAS). Esta constitui um marco legal para possíveis

regulamentações (decretos, portarias) que possam ser implementadas no território nacional, a fim de prevenir o suicídio (BRASIL, 2019).

A referida lei a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios trouxe alguns pontos de muita relevância, tais como em seu artigo 2º, ao preceituar que: “[...] fica instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados” e também quando elenca os objetivos do PNPAS, a saber:

Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:

I - promover a saúde mental;

II - prevenir a violência autoprovocada;

III - controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;

IV - garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;

V - abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;

VI - informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;

VII - promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;

VIII - promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;

IX - promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019).

Afere-se desses artigos que se trata de uma estratégia duradoura, através dessa lei que reforça a importância da saúde mental, a garantia de acesso à atenção psicossocial das pessoas acometidas por algum sofrimento psíquico, bem como aos familiares das vítimas de suicídios, a obrigatoriedade da notificação dos eventos ocorridos, para que esses dados sirvam à formulação e desenvolvimento de políticas voltadas para esse problema e não menos importante, informar e sensibilizar a sociedade sobre a relevância em debater esse tema e com a prevenção tentar minimizar os episódios de suicídios.

A respeito dessa lei, existe o projeto de lei nº 6355/19, de autoria do Deputado David Miranda, propondo que a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio preveja um recorte, onde trate de ações específicas

voltadas para os trabalhadores e trabalhadoras da segurança pública (BRASIL, 2019).

O comportamento suicida entre profissionais de segurança pública não é reconhecido como um tema de agenda pública no Brasil. Esse fato compromete não somente a produção de conhecimento científico sobre o tema, como também a formulação de políticas públicas e institucionais de saúde mental a partir de dados empíricos confiáveis (DEYSE *et al.*, 2019).

Esse projeto de lei, modifica as Leis 13.675, de 11 de junho de 2018, e 13.819, de 26 de abril de 2019, para incluir no Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública recorte voltado para a prevenção a violências autoinfligidas e incluir na Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio políticas e ações voltadas para policiais civis, policiais militares, policiais penais, agentes socioeducativos e guardas municipais, ou seja, profissionais de segurança pública.

Existe um projeto de lei de nº 4.815/19 aprovado no Senado federal no dia 06 de abril de 2021 e remetido para a Câmara dos deputados, no sentido de que, apesar da Lei nº 13.675, criar o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e instituir o Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública (Pró-Vida), com objetivo de elaborar, implementar, apoiar, monitorar e avaliar os projetos de programas de atenção psicossocial e de saúde no trabalho dos profissionais de segurança pública e defesa social, é necessário incluir explicitamente em seu escopo a obrigatoriedade da realização de ações voltadas para a prevenção do suicídio, que deverão ser implantadas e executadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios (BRASIL, 2020).

Com isso, a referida lei visa efetivar as políticas públicas de promoção da saúde mental entre os profissionais de segurança pública, o que após as emendas propostas e aceitas, também acrescentou que o Pró-Vida publique anualmente dados sobre transtornos mentais e suicídio entre profissionais de segurança, e ainda, que o programa, passe a oferecer acompanhamento a familiares desses profissionais.

Em relação as campanhas, existem alguns exemplos em policias militares de estados brasileiros, sinalizando para a adequação dos entes à legislação e adesão as campanhas.

Figura 4 – Campanha da Polícia Militar de Alagoas

Valorização da vida e  
**PREVENÇÃO  
AO SUICÍDIO**

*Pessoas que falam sobre suicídio não têm intenção de se suicidar, só querem chamar a atenção.*

MITOS	VERDADES
Pessoas que falam sobre suicídio não têm intenção de se suicidar, só querem chamar a atenção.	Pessoas que conversam sobre suicídio podem estar procurando por ajuda ou suporte.
Alguém com propensão ao suicídio está determinado a morrer.	Ao contrário, pessoas com propensão ao suicídio agem de forma ambivalente sobre continuar vivendo ou não.
Conversar sobre suicídio é uma má ideia e pode encorajar a pessoa a fazê-lo.	Ao invés de encorajar, conversar abertamente pode dar outras opções ou o tempo para que a decisão seja repensada, e assim prevenir o suicídio.

Vamos falar sobre?  
A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde.

Sofrimento e adoecimento psíquico são fatores que podem desencadear e comportamento suicida.

Não sofra sozinho, busque ajuda.  
"Para continuar superior ao tempo, cuide-se hoje"

Centro de Assistência Social da PMAL: (82) 3315-9999 / 98233-4165 (7h às 18h)  
Centro de Valorização da Vida (CVV): 188 (24h)  
Acolha-me: (82) 98891-0820 / 4101-1539 (24h)  
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - lista dos Caps disponível em:  
[www.assistenciasocial.al.gov.br](http://www.assistenciasocial.al.gov.br)  
<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/caps/>

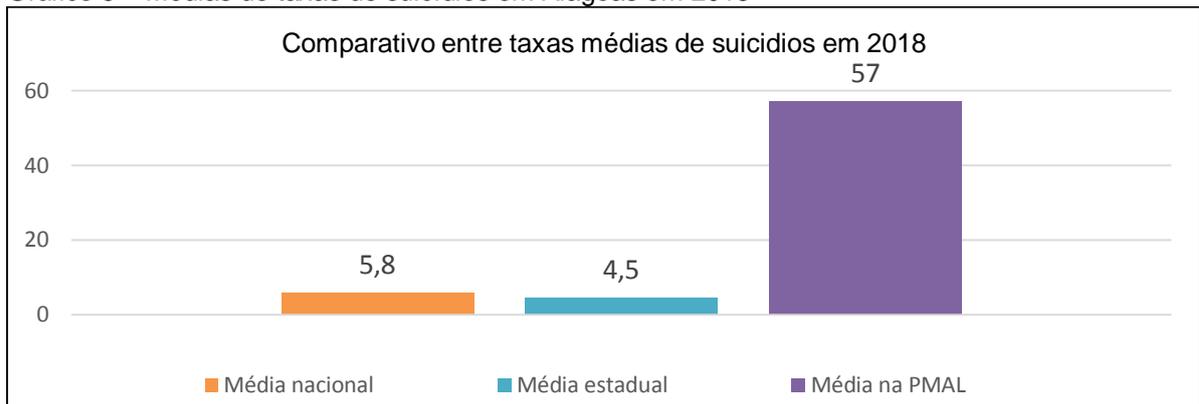
**POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS**

Fonte: site da PMAL (2019).

Na figura 4 temos parte do material referente a campanha realizada pela Polícia Militar de Alagoas de valorização da vida e prevenção ao suicídio. Não há dúvidas de que as estratégias de prevenção ao suicídio no âmbito das Corporações militares dependem de um esforço coletivo, com o fortalecimento de uma cultura de cuidado e atenção aos policiais, combatendo-se os preconceitos relacionados ao adoecimento mental e ao sofrimento psíquico, que é muito comum dentro dessas Instituições, consideradas fechadas

A partir deste entendimento e percebendo o acesso à informação como um instrumento transformador da realidade, que o Centro de Assistência Social da PMAL lançou a Campanha “**Mídia e suicídio: é possível prevenir**”, juntamente com a Cartilha: “**Valorização da vida e prevenção ao suicídio**” que teve como objetivo orientar os meios de comunicação, os comandantes, policiais e familiares sobre o tema e assim ampliar as possibilidades de identificação precoce, melhor manejo do comportamento suicida na corporação e uma comunicação responsável sobre o tema.

Gráfico 5 – Médias de taxas de suicídios em Alagoas em 2018



Fonte: site da PMAL (2019)

De acordo com o site da PMAL, um levantamento do perfil das tentativas de suicídio e dos suicídios consumados mostrou que os policiais militares de Alagoas apresentam taxa elevada de suicídio, chegando a uma taxa de 57 por 100.000 habitantes em 2018, índice superior às taxas verificadas no estado (Taxa média em Alagoas: 4,5) e nacionalmente (Taxa média no Brasil: 5,8) (ALAGOAS, 2019). Como podemos observar, esses dados são alarmantes e demonstram a necessidade real de uma atenção voltada para políticas públicas que visem prevenir esses casos.

Figura 5 – Campanha na PMMG



Fonte: Site da PMMG (2016).

Na figura 5 temos o folder da campanha realizada pela polícia militar da Bahia. De acordo com o site da PMMG, o assunto é envolto em tabus, principalmente entre os profissionais de segurança pública, por isso que falar sobre o mesmo é uma forma de entender quem passa por situações que levam a ideias suicidas, podendo ser ajudadas a partir do momento em que as mesmas são

identificadas (MINAS GERAIS, 2016). Deste modo o 19º BPM em parceria com a Associação dos Praças do Interior de Minas - APNM e profissionais da saúde realizaram palestras e entrevistas virtuais objetivando a prevenção e conscientização, quebrando os paradigmas deste assunto que assola os servidores militares e população em geral.

Figura 6 – Campanha da PMSP



Fonte: Site da PMSP (2019).

A figura 6 ilustra a logo da campanha desenvolvida pela Polícia militar de São Paulo, que contou com uma programação bem diversificada, com simpósios, palestras e outras atividades.

De acordo com o site, pretendeu-se abordar os temas pertinentes a Saúde Mental, de modo a viabilizar a discussão de questões como o reconhecimento de fatores de proteção, para a prevenção ao suicídio, os fatores de riscos que acometem o nosso profissional, como propiciar ajuda e o eventual encaminhamento aos profissionais que atuam no Sistema de Saúde Mental da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

No Maranhão tivemos algumas iniciativas e pioneirismo no que diz respeito a esse trabalho de prevenção e combate ao suicídio. Podemos citar a aprovação da Lei 10.967/18, de 10 de dezembro de 2018 que inclui, no calendário oficial do Estado do Maranhão, a Semana Estadual de Prevenção ao Suicídio, a ser realizada anualmente, na semana que compreende o dia 10 de setembro - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, estabelecido pela OMS (Maranhão, 2018).

Existe ainda a Lei nº 11.079, de 19 de julho de 2019, que institui o Dia de Prevenção e Combate à Depressão no Estado do Maranhão (Maranhão, 2019), tornando o Maranhão à época o único Estado da federação a possuir uma data específica sobre o tema, que aqui é a do dia 13 de setembro anualmente.

Por último o Estado do Maranhão dispõe da lei nº 11.072, de 19 de julho de 2019, que estabelece diretrizes para a instituição do Programa de auxílio psicoterápico a pessoas com depressão (Maranhão, 2019).

E sendo mais específico sobre legislação pertinente ao tema, encontra-se em trâmite na Assembleia Legislativa do Estado do Maranhão, um projeto de lei nº 544/19, que dispõe sobre a criação do programa de prevenção de violências autoprovocadas ou auto infligidas, com a finalidade de atender e capacitar o policial civil, policial militar, bombeiro militar e agente penitenciário no âmbito do estado do Maranhão, para o auxílio e o enfrentamento da manifestação do sofrimento psíquico e do suicídio (Maranhão, 2019).

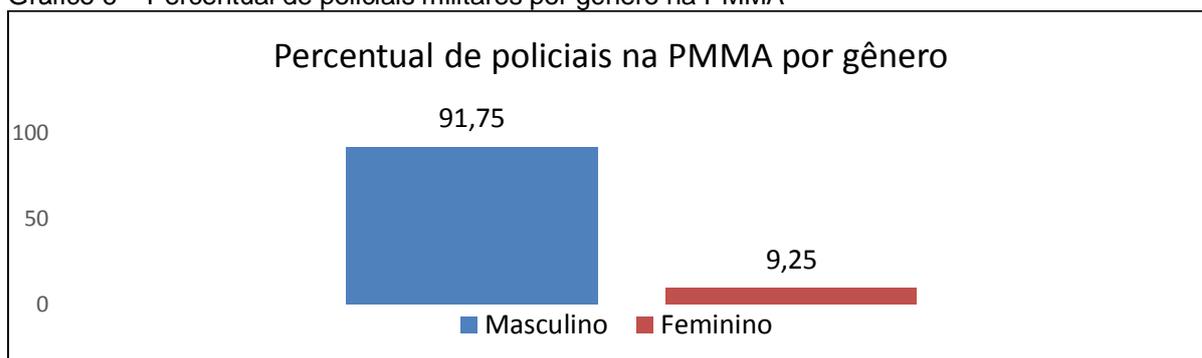
Esse projeto de lei representa mais uma ferramenta que visa auxiliar nessa luta de prevenção e combate aos problemas relacionados a saúde mental dos profissionais de segurança pública.

Como se vê, o Maranhão largou na frente no quesito de legislar sobre a temática, reconhecendo a real dimensão da questão e demonstrando interesse em buscar alternativas que possam enfrentar o problema do suicídio. No entanto, apenas a promulgação de legislações sobre o tema se mostra insuficiente, sendo indispensável a realização de políticas públicas de saúde direcionadas à prevenção do suicídio e tratamento da depressão e o devido acesso por partes dos policiais.

#### **4.2 Estrutura organizacional em relação à saúde mental na Polícia Militar do Maranhão**

A Polícia Militar do Maranhão – PMMA é um órgão do Sistema de Segurança Pública do Estado do Maranhão, com atuação em todos os 217 municípios do Estado, possuindo, atualmente, o efetivo geral de 10.775 integrantes em exercício, sendo 9.759 do sexo masculino e 996 do sexo feminino e 4.144 inativos (MARANHÃO, 2022).

Gráfico 6 – Percentual de policiais militares por gênero na PMMA



Fonte: MARANHÃO (2022).

Pelo gráfico acima, é possível verificar que a PMMA é uma instituição composta em sua grande maioria por homens, tendo as mulheres apenas 9,25% de participação na composição do efetivo total da Instituição.

Esse percentual é importante, pois no próximo capítulo, ao ser analisado o número de casos de suicídios ocorridas na PMMA no período proposto, é possível identificar uma relação, onde existe uma proporcionalidade entre os casos de suicídios por gênero de acordo com o efetivo de profissionais.

Dentro da sua estrutura, a PMMA possui um setor que é responsável pelas demandas na área médica, odontológica e psicossocial, que é a Diretoria de Saúde e Promoção Social, que por sua vez tem um setor que trata especificamente das entradas.

#### **4.2.1 Centro de Assistência e Promoção Social da PMMA – CAPS/PMMA**

A PMMA possui dentro de sua estrutura organizacional várias diretorias, sendo uma delas a Diretoria de Saúde e Promoção Social da PMMA – DSPS. Dentro do organograma da DSPS, está inserido o CAPS, que é um Centro de Assistência e Promoção Social – CAPS, que é o setor responsável pelas demandas relacionadas à saúde mental dos policiais militares da ativa, inativos, bem como também atende os dependentes dos seus integrantes.

O CAPS fica situado no Quartel do Comando Geral da PMMA, bairro do Calhau, no mesmo prédio que a Diretoria de Saúde e Promoção Social, com destinação de uma ala composta por 04 (salas), com a seguinte distribuição: 01(uma) sala para a psiquiatria, 01(uma) para psicologia, 01 (uma) para a assistente social e 01 (uma) para o setor administrativo do Centro.

O CAPS funciona ininterruptamente, durante a semana com atendimentos ambulatoriais das 07h30min às 19h00min nas áreas de psicologia, fisioterapia e serviço social, no turno noturno e finais de semana o trabalho é em regime de sobreaviso<sup>7</sup>(MARANHÃO, 2021). O serviço de psiquiatria não ocorre em todos os dias, sendo apenas dois dias na semana com duração de 01h00min.

Quanto aos recursos humanos, o CAPS/PMMA atualmente é composto por 16 (dezesesseis) profissionais de saúde, sendo 11 (onze) psicólogos, 04 (quatro) assistentes sociais e 01 médico psiquiatra, para desempenhar, dentre outras, as atividades na área de assistência à saúde mental. Desses profissionais, a grande maioria exerce os atendimentos na Região Metropolitana do Estado, com exceção de 01 (um) psicólogo e 02 (dois) assistentes sociais, que trabalham no NAPS, que funciona na cidade de Imperatriz/MA (MARANHÃO, 2022).

No interior do Estado, sediado na cidade de Imperatriz, existe o Núcleo de Assistência e Promoção Social – NAPS, que funciona como uma extensão do CAPS. Importante frisar que é a única cidade do Estado que possui atendimento fixo, fora a região metropolitana. O NAPS, em sua composição, possui 01 (um) psicólogo e 02 (duas) assistentes sociais, e é responsável por atender a demanda de policiais e dependentes de toda a região tocantina, não se restringindo apenas a cidade de Imperatriz. Fica instalado na sede do 3º Batalhão de Polícia Militar do Maranhão e conta com 02 (duas) salas e um banheiro, sendo uma das salas para o psicólogo e a outra para a assistência social.

É nítido a escassez de recursos humanos, facilmente observada pelo reduzido número de profissionais na equipe multidisciplinar para atender o efetivo de policiais militares, que na realidade é muito maior, quando acrescentado os policiais militares inativos, ou seja, aqueles que já se aposentaram e também os dependentes de policiais. O gráfico abaixo deixa nítido essa escassez.

---

<sup>7</sup> Regime de serviço onde o profissional não fica de plantão no espaço físico do CAPS, porém caso exista a necessidade de seus serviços, esse profissional é acionado e desloca-se para prestar o atendimento necessário.

Gráfico 7 – Percentual de policiais atendidos por profissional da área de saúde mental na PMMA



Fonte: MARANHÃO (2021; 2022).

Embora não exista uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou Ministério da Saúde (MS) que estabeleça um número mínimo de equipe multidisciplinar por policial em atividade, é perfeitamente perceptível o baixo percentual de 01 (um) psicólogo para 9,08% dos policiais, 01 (um) assistente social para 25% dos profissionais e o dado mais alarmante, que é o de 01 (um) médico psiquiatra na Instituição para atender 100% do efetivo de policiais da PMMA. Ressalta-se que esses números estão levando em conta apenas os profissionais da ativa e inativos, não sendo contabilizados os familiares de policiais, que compõe hoje uma lista de espera por atendimento no setor de atendimento em saúde mental da PMMA, conforme explanado em entrevista com a chefe do setor, o que aumentaria essa relação.<sup>8</sup>

Quadro 3 – Relação entre profissionais de saúde mental e integrantes da PMMA

Nº de policiais (Ativos + Inativos)	Nº de psicólogos	Nº de assistentes sociais	Nº de Psiquiatras
15.075	11	04	01
Relação	1/1.373	1/3.777	1/15.075

Fonte: MARANHÃO (2021; 2022).

Importante ressaltar que o médico psiquiatra, no início do desenvolvimento do projeto de pesquisa, no ano de 2021, conforme resposta enviada através de expediente da PMMA, não constava na composição da equipe na Instituição, em especial no CAPS, pois a PMMA não possui em seu quadro efetivo da Corporação profissional médico com essa habilitação, entretanto, atualmente,

<sup>8</sup> POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO. **Ofício nº 811/2021-GCG**. São Luís, Ma: Gabinete do Comandante Geral, 19 de maio de 2021. Assunto: Remessa de Documento (APÊNDICE A).

através de novo expediente contendo informações solicitadas para o desenvolvimento da presente pesquisa, foi informado que a PMMA já dispõe desse profissional, tratando-se de um médico cedido pela Secretaria de Saúde Estado (MARANHÃO, 2021; 2022).

No decorrer do desenvolvimento da pesquisa, passou a integrar a equipe um médico psiquiatra cedido à PMMA, pela secretaria de Estado de saúde, que realiza atendimento duas vezes por semana com duração de uma hora por dia. Diante desse cenário, é perceptível a falta de acesso a essa especialidade, pois a demanda é grande e principalmente, pelo fato desse serviço ser oferecido único e exclusivamente na região metropolitana, haja vista que nas cidades do interior do Estado não existe o serviço com essa especialidade.

Outra análise importante extraída desses documentos e entrevistas, diz respeito ao fato de que o médico psiquiatra, além dos serviços relacionados à saúde mental, também atua na Diretoria de Saúde em atendimentos a outras demandas, como junta médica de saúde, e com isso, o aumento de atendimentos, sobrecarregando ainda mais esse profissional, que por mais que demonstre boa vontade, é público e notório a impossibilidade de cobertura na PMMA, devido à grande quantidade de atendimentos e ações que necessitam da intervenção desse profissional médico.

Sobre os psicólogos, essa relação de um profissional para mais de 1.370 policiais, também é insuficiente, pois, exceto na cidade de Imperatriz- MA, onde possui um núcleo com três profissionais, um psicólogo dois assistentes sociais, as demais cidades do interior do Estado ficam descobertas.

Em relação ao interior, esporadicamente, conforme entrevista com profissionais do CAPS, as cidades de Caxias - MA e Timon – MA, um dos profissionais, pelo fato de morar na região, duas vezes por semana realiza atendimentos que cobrem os policiais dessas cidades, porém, sem a estrutura adequada do CAPS.

Quanto aos serviços de assistentes sociais, a proporção de um assistente social para mais de 3.700 policiais, representa que cada assistente social é responsável, proporcionalmente em atender 25% dos profissionais da PMMA, sendo essa demanda realizada apenas em duas cidades, com dois profissionais na região metropolitana e dois na cidade de Imperatriz-MA, e com isso, as outras cidades do Estado não podem contar com os serviços em suas UPM, tendo que deslocar os

policiais para a Região metropolitana, o que nem sempre é viável, devido a uma série de fatores como tempo, custos financeiros, hospedagens, dentre outros.

Importante frisar que esses dados levam em conta como se todos os profissionais estiverem atuando simultaneamente, ou seja, ninguém afastado, sem considerar férias, licenças, afastamentos por motivos pessoais, doenças, dentre outros, o que ocasiona na sobrecarga e aumento dos números.

Diante o exposto, é perfeitamente possível afirmar que esse número de profissionais da área de saúde mental é insuficiente e impossibilita uma expansão do CAPS para o interior do Estado.

#### ***4.4.2 Políticas institucionais de Saúde mental disponibilizadas aos policiais militares do Maranhão***

No que tange as políticas institucionais de saúde mental ofertadas pelas PMMA aos seus integrantes, são centralizadas pelo setor responsável, que é a DSPS/PMMA, uma diretoria de saúde que possui o CAPS como setor integrante responsável direto pelos serviços de promoção e assistência social da Corporação.

Conforme resposta remetida através de ofício a esse pesquisador, em anexo enviou algumas portarias, e afirma que:

A Polícia Militar do Maranhão tem preocupação especial com a saúde mental de seus membros e vida esforços para combater e prevenir a prática de suicídios, tanto por meio de assistência religiosa e espiritual aos militares, através da Capelania Militar [...] quanto através de assistência psicológica promovida pelo Centro de Assistência e Promoção Social (CAPS), da Diretoria de Saúde e Promoção Social [...] com objetivo de orientar os gestores quanto aos procedimentos mínimos necessários ao atendimento psicossocial dos policiais militares envolvidos em incidentes críticos [...] fixou as diretrizes para intervenção em casos de Transtornos de Estresse Pós-Traumático no âmbito da Polícia Militar do Maranhão (MARANHÃO, 2022).

Com relação a essas portarias, é interessante destacar alguns pontos de extrema relevância, tais como na Portaria nº 027/2007-GCG, que dispõe sobre a Coordenação do centro de Assistência e Promoção Social da PMMA, onde em seu artigo 2º, expressa que:

Ao Centro de Assistência e Promoção Social da PMMA compete promover o atendimento com proficiência, aos integrantes da Corporação e seus dependentes, primando pelo bem-estar biopsicossocial e espiritual, de modo a favorecer a saúde e o desenvolvimento do potencial humano, através:  
[...]

II – do atendimento psicológico, ao qual cumpre promover ações preventivas em saúde mental, sensibilizando o policial militar sobre as diversas problemáticas existentes em suas atividades laborais (MARANHÃO, 2022).

Essa portaria trata da criação do CAPS na PMMA, bem como define a competência desse setor e da Capelania Militar, que também presta importante papel na assistência religiosa e espiritual, e auxiliando na formação cívica, moral e ética dos policiais militares, respeitando a liberdade de culto e crença, conforme previsão constitucional (MARANHÃO, 2021).

Sobre a Capelania Militar, a Portaria nº 024/2016 – QGC- dispõe sobre as atribuições da Capelania Militar da Polícia Militar, e em seu art. 2º, parágrafo sétimo, expressa que

[...] a finalidade principal dos trabalhos de Capelania tem como alvo todos os policiais militares, servidores civis da corporação e seus dependentes, de modo específico, aqueles em situação de vulnerabilidade psicológica, social e/ou espiritual, seja no campo da saúde física e mental, dependência química (álcool e drogas), pecuniário, conjugal, litígios de responsabilidade civil ou criminal, dentre outras (MARANHÃO, 2022).

Pode-se perceber que é bastante amplo o serviço da Capelania e de importante auxílio nos serviços oferecidos em relação à saúde mental dos policiais militares, pois conforme dados das entrevistas, que serão expressos em seguida, os maiores problemas que os membros da PMMA enfrentam estão relacionados às áreas de atuação da Capelania, conforme descrito na legislação acima exposta.

Já a Portaria nº 037/2021 – GCG, de 14 de maio de 2021, publicada em 07 de junho do mesmo ano, aprova a diretriz para intervenção em casos de Transtornos de Estresse Pós-Traumático no âmbito da PMMA, cuja finalidade é “[...] orientar os gestores quanto aos procedimentos mínimos necessários ao atendimento psicossocial dos policiais militares da PMMA envolvidos em incidente crítico, visando à prevenção e intervenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT” (MARANHÃO, 2022).

A diretriz expressa a situação a qual os policiais lidam diariamente em sua jornada de trabalho, afirmando que eles vivem constantemente expostos a situações potencialmente críticas e/ou traumáticas e que podem causar desequilíbrio em suas funções psíquicas (MARANHÃO, 2022), define o que é estresse e explica sobre TEPT, elencando as ocorrências traumáticas, a saber:

[...] tiroteio, acidente automobilístico, morte ou fenômeno grave de cidadão relacionado à ação ou operação policial, ocorrência com grave risco de morte

para o policial militar envolvido, morte de colega (s) de trabalho, ocorrência com morte traumática e dolorosa de criança com envolvimento, causal ou não, dos policiais, suicídios de colegas ou qualquer eventualidade potencialmente traumática aos policiais (MARANHÃO, 2022).

Em toda ocorrência que o policial se deparar com um desses incidentes críticos, será prestada a assistência pelo CAPS. Nesse quesito, a própria diretriz expressa que esse atendimento deve ser feito em São Luís pelo CAPS, Imperatriz pelo NAPS ou outra unidade que possua um núcleo. O que dificulta o acesso por parte dos policiais das outras cidades, pois conforme já mencionado, somente a região metropolitana e Imperatriz-MA possuem profissionais para atender a demanda.

De acordo com a diretriz, deve o comandante da unidade onde serve o policial que se envolveu em incidente crítico, tomar as devidas providências no sentido de encaminhar o profissional, mediante ofício e Registro de Incidente Crítico – RIC (anexo) para os setores de atendimento em até 72 horas após o evento. Ressaltando que atualmente isso seria possível somente na região metropolitana e Imperatriz-MA, o que representa uma cobertura de apenas 05 (cinco) dos 217 (duzentos e dezessete) municípios do Estado do Maranhão (MARANHÃO, 2022).

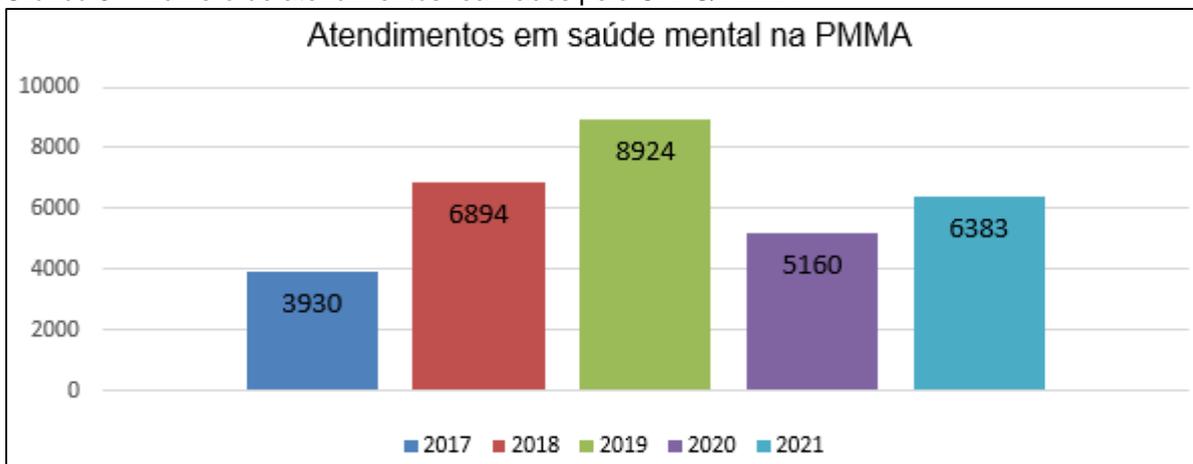
A portaria estabelece ainda, que caso haja necessidade, devem os profissionais do CAPS ou NAPS realizar o deslocamento até o policial na ocorrência e regulamenta os procedimentos a serem adotados quanto aos policiais, no sentido de indicar psicoterapias, monitoramento por alguns meses e apresentação ao psiquiatra, nos casos que seja detectado a necessidade de afastamento ou restrições às atividades laborais (MARANHÃO, 2022).

Importante frisar que a portaria em questão, mesmo tendo sido publicada no 1º semestre do ano de 2021, padece de ampla divulgação e maior publicidade, pois os profissionais do CAPS não tinham conhecimento de que ela já havia sido publicada e com isso, com obrigatoriedade de cumprimento, o que pode ser verificado através das entrevistas com funcionários do CAPS e NAPS que serão analisadas em seguida.

O serviço ambulatorial representa a maior demanda do CAPS no que diz respeito a prestação de serviços de saúde mental destinados aos policiais militares. Diante dos recursos materiais e humanos que o setor possui, acaba por ficar limitado o oferecimento de atendimentos e de ações que possam ir além do serviço de ambulatório.

Entre os anos de 2016 e 2021 foram registrados os seguintes dados referentes aos números de atendimentos a saúde mental na PMMA<sup>9</sup>

Gráfico 8 – Número de atendimentos realizados pelo CAPS/PMMA



Fonte: MARANHÃO (2021; 2022).

Assim, analisando esses dados, infere-se que o CAPS possui uma média de 6.258 atendimentos anual, com a média mensal de mais de 500 atendimentos e realizando diariamente 26 atendimentos.

Alguns pontos devem ser esclarecidos quanto s esses números de atendimentos pelo CAPS.

Inicialmente destacar que conforme Maranhão (2021), não existem dados catalogados sobre o ano de 2016, no que diz respeito ao número de atendimentos em saúde mental na PMMA.

Conforme entrevista com a Chefe do CAPS, o setor relacionado a serviços de promoção e assistência à saúde mental na PMMA, eram bastante precários, e antes de seu ingresso na Corporação no ano de 2007 não havia psicólogo efetivo na PMMA, apenas contando com dois profissionais cedidos pela Secretaria de Segurança Pública. Que após ela ser efetivada, ficou sozinha como psicóloga da PMMA durante muitos anos até que houve um concurso em 2017, onde ingressaram outros profissionais e passaram a compor o CAPS no modelo vigente.

Diante disso, o número de atendimento deu um salto considerável, conforme gráfico, pois com o ingresso de novos psicólogos e da chegada de outros

<sup>9</sup> Não constam dados referentes ao ano de 2016 em virtude da PMMA informar que não possuía registros desse período.

profissionais, foi possível oferecer mais atendimentos e com isso, seguindo esse crescimento, o ano de 2019 fechou com quase 9 mil atendimentos.

Importante frisar que logo em seguida no ano de 2020, em meados de março o mundo todo ingressou em uma crise sanitária em virtude da pandemia do novo coronavírus, responsável pela doença COVID-19, e com isso, muitas mudanças e adequações foram feitas em todos os setores, principalmente quanto a atendimentos presenciais e contato entre pessoas, devido as medidas sanitárias de prevenção possuírem o distanciamento social como maior ferramenta.

Diante esse novo cenário, os atendimentos presenciais foram suspensos desde então, sendo incorporados os teleatendimentos, e com isso, reduziu o número de procura e também de atendimentos no geral, sendo perceptível pela redução nos anos de 2020 e 2021, conforme dados.

Além do serviço ambulatorial, que representa a maior parte dos serviços prestados pelo CAPS, alguns programas relacionados à saúde mental são desenvolvidos e oferecidos aos policiais militares. Ressalta-se que “[...] os programas a seguir não acontecem de maneira continuada, por necessitarem de verba, local apropriado, dentre outras demandas, no entanto acontecem sempre que possível, diante da disponibilidade dos profissionais e das unidades” (MARANHÃO, 2021).

#### *a) CAPS itinerante*

Trata-se de um programa que visa a realização de palestras de sensibilização e psicoeducativas para os policiais militares do Interior do Estado e da capital. Tais palestras versam sobre temas como: uso abusivo de álcool e drogas; gerenciamento do estresse ocupacional; saúde do policial; prevenção ao suicídio policial; prevenção às DST's e AIDS.

#### *b) Prevenção ao transtorno de estresse pós-traumático*

Esse programa visa prestar apoio psicológico aos policiais que se envolvem em incidentes críticos. O policial deve ser encaminhado até 72 horas após a ocorrência para assim, o CAPS tentar prevenir aparecimento de transtornos maiores.

*c) Gerenciamento do estresse baseado em MINDFULNESS*

Esse programa é um trabalho realizado em 08 (oito) encontros, individualmente ou em grupos, a fim de levar os policiais a aprenderem a gerenciar o próprio estresse e ansiedade do dia a dia.

*d) Programa de preparação para a reserva ativa*

Este programa visa estimular que os policiais militares busquem novas participações nos mais diferentes grupos sociais e resgatem o sentido de suas vidas, bem como dos vínculos familiares. O programa possui intuito de possibilitar a revisão de conceitos sobre aposentadoria, bem como trabalhar questões de saúde, hábitos, rotinas e estilo de vida, possibilitando a construção ou o aprimoramento de um projeto de vida pessoal ou profissional.

*e) Grupo terapêutico SUPERAÇÃO*

É um programa cujo objetivo é proporcionar aos integrantes, meios para que possam prevenir recaída do uso de substâncias psicoativas e outras drogas, assim como, auxilia no fortalecimento dos laços familiares, profissionais e sociais. Esse grupo funciona nos moldes de grupos de apoio como alcoólicos anônimos.

Além desses programas, que conforme informações prestadas pela PMMA, não ocorrem de forma permanente, anualmente, durante o mês de setembro, mês dedicado ao combate e prevenção ao suicídio, através de campanhas mundiais do setembro amarelo, os profissionais do CAPS realizaram palestras psicoeducativas nas unidades da PMMA da região metropolitana e interior, atingindo cerca de 8.700 policiais.

Figura 7 – Logomarca da campanha na PMMA em 2021



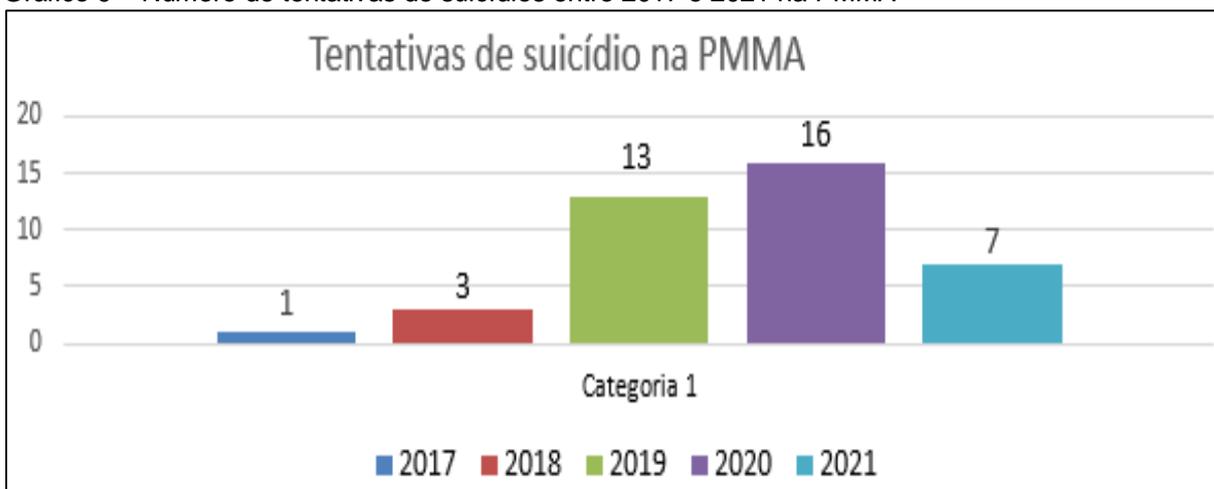
Fonte: Site da PMMA.

A campanha do setembro amarelo da PMMA, foi desenvolvida pelo CAPS/DSPS, voltada para a valorização da vida policial. Reafirmando que ações que visem desenvolver o autocuidado com o policial são vistas pelo comando da PMMA como cada vez mais necessárias.

#### 4.3 Análise dos casos de suicídios e/ou tentativas ocorridas na Polícia Militar do Maranhão no período de 2016 a 2021

De acordo com levantamento feito junta à PMMA, no período de 2016 a 2021 tivemos 31.291 atendimentos relacionados à saúde mental, sendo que em relação ao ano de 2016, a PMMA não disponibilizou dados pela ausência de registro nesse período. Dentre esses atendimentos, informou que 40 (quarenta) foram de tentativas de suicídios, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 9 – Número de tentativas de suicídios entre 2017 e 2021 na PMMA

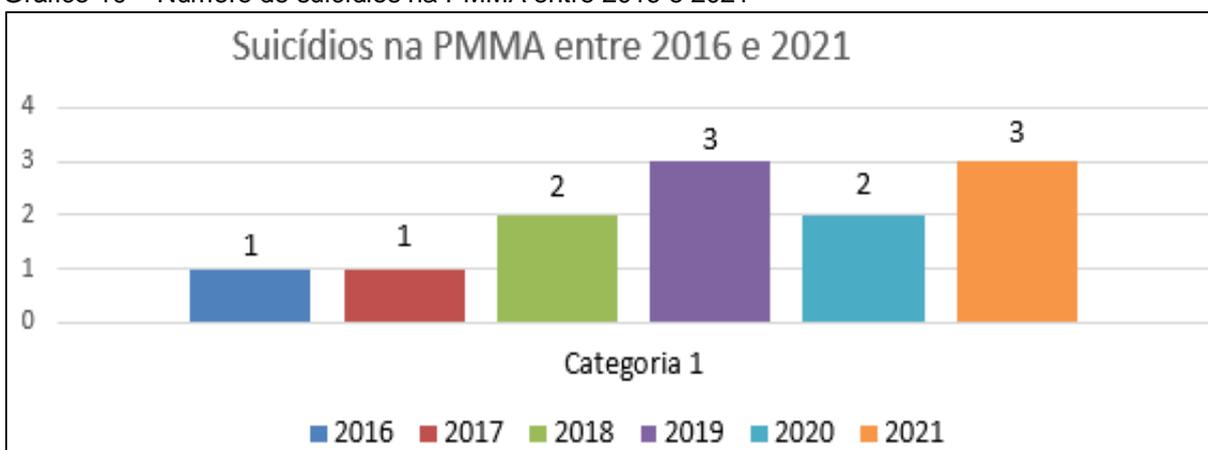


Fonte: MARANHÃO (2021; 2022).

Analisando os dados, pode-se perceber que do momento em que a PMMA iniciou o registro desses dados, houve um aumento considerável no número de tentativas de suicídios entre policiais militares, saltando de 01 (um) em 2017 para 16 (dezesesseis) em 2020, que foi o ano que tivemos maiores episódios. Ressalta-se que, segundo análise das entrevistas, esse dado tende a ser subnotificado, pois somente os casos onde deixam sequelas ou provocam lesões físicas chegam a conhecimento do CAPS.

Quanto ao número de suicídios consumados, temos os seguintes dados no período de 2016 a 2021:

Gráfico 10 – Número de suicídios na PMMA entre 2016 e 2021



Fonte: MARANHÃO (2021; 2022).

Observa-se que no período pesquisado, em todos os anos houveram episódios de suicídios entre policiais militares da PMMA, e alguns deles, esse número chegou a ser de 03 (três) suicídios na Corporação, dado alarmante e que merece muita atenção, pois o suicídio é uma questão de saúde pública.

Passa-se a analisar os casos de suicídios, de acordo com as informações prestadas pela PMMA e através de pesquisas em site de notícias na internet.

1) No ano de 2016, teve o suicídio cometido pelo POLICIAL 1, que era cabo da polícia militar e de acordo com informações da PMMA, o mesmo tirou a própria vida após o cometimento de um feminicídio (MARANHÃO, 2021). Em sites de notícias, consta que o policial de 44 anos de idade teria atirado contra a namorada, uma mulher de 40 anos de idade, que veio a óbito e logo em seguida o policial militar recorreu ao suicídio (IMIRANTE, 2016).

2) No ano de 2017, de acordo com as informações prestadas pela PMMA, ocorreu outro episódio de suicídio, desta vez o POLICIAL 2, um Tenente Coronel, ceifou a própria vida após tirar a vida de sua companheira (MARANHÃO, 2021). Sobre esse caso, de acordo com o noticiado, o casal estava hospedado em uma casa em determinado município do Estado quando a discussão começou. Após essa discussão, ocorrida em uma manhã de domingo, o tenente-coronel da Polícia Militar assassinou a própria esposa, e em seguida se matou. A esposa ainda chegou a ser socorrida e foi levada para o Hospital da cidade, mas não resistiu aos ferimentos e acabou falecendo (PORTAL G1, 2017).

3) Já no ano de 2018, ocorreu o suicídio do POLICIAL 3, que trabalhava no interior do Estado, de acordo com as informações prestadas pela PMMA, esse

suicídio teve como causa a depressão que acometia o referido policial (MARANHÃO, 2021). Alguns sites de notícias e blogs veicularam a informação da seguinte maneira: “[...] mais um membro da Polícia Militar do Maranhão recorreu ao suicídio” (DIEGO EMIR, 2018, online). Segundo o site, foi noticiado que o policial estava de folga na casa dele, quando efetuou um disparo de arma de fogo na boca e que de acordo com informações preliminares, o policial militar sofria de depressão. Diante desse estado psicológico abalado, o policial usou a própria pistola para praticar o suicídio no dia de seu aniversário.

4) Ainda em 2018, aconteceu outro suicídio, desta vez o POLICIAL 4, era uma sargento da PMMA (MARANHÃO, 2021). O policial, 43 anos, matou sua ex-namorada de 26 anos, e logo em seguida tirou a própria vida. Segundo informações de parentes do policial, ele teria ligado na noite de quarta para a ex-mulher (com quem tinha um filho) dizendo que ia se matar. A família da vítima deu informações de que o sargento estava tentando a reconciliação com ela, insistindo em contatos telefônicos. Horas antes de ser morta, a família disse que ela entrou em contato falando que iria na residência do ex-namorado a pedidos dele. Preocupados com a falta de contato desde então, os pais da vítima foram até a casa onde o sargento estava morando e encontrando o imóvel fechado, ligaram para uma irmã do mesmo para que eles pudessem entrar na casa e foi quando viram os corpos em um dos quartos (PORTAL G1, 2018).

5) Já no ano de 2019, houve o 1º caso, onde o POLICIAL 5, cabo da PMMA, também cometeu suicídio (MARANHÃO, 2021). As informações constam, que o policial, de 33 anos de idade, lotado no interior do Estado, se desentendeu com a vítima quando comemoravam um aniversário entre amigos. De acordo com fontes próximas, no decorrer do desentendimento, o policial teria sacado de uma pistola 380, de uso pessoal, e atirou na companheira, temendo que ela havia falecido, já que se encontrava caída, desesperadamente deu um único tiro na sua cabeça. Socorrido por amigos, o cabo foi ainda levado ao hospital, mas não resistiu e foi a óbito (BLOG DO DE SÁ, 2019).

6) Ainda em 2019, houve outro suicídio, desta vez, a POLICIAL 6, lotada no interior do Estado, tirou a própria vida, por apresentar quadro de depressão (MARANHÃO, 2021). O fato aconteceu na noite de sábado na cidade do interior do Estado, quando uma viatura foi acionada e encontrou a militar sem vida. Um tiro acertou a jovem de 32 anos. Ela já havia tentado outra vez o suicídio, o que poderia

levar o comando da PM daquele município a recolher a arma e colocá-la em tratamento, considerando que a militar apresentava quadro depressivo (BLOG DO LUÍS CARDOZO, 2019).

7) O terceiro caso no ano de 2019 ocorreu exatamente 20 dias após o último, outro policial da mesma cidade do interior e mesmo batalhão, recorreu ao suicídio, o POLICIAL 7, de 26 anos cometeu suicídio com possível causa, o estresse (MARANHÃO, 2021). As informações dão conta que o PM estava desaparecido desde o dia anterior e uma equipe da própria polícia militar da cidade encontrou o corpo do PM no interior da casa aonde o mesmo morava, e segundo o Boletim informativo da PM, o corpo do policial foi encontrado com um tiro de arma de fogo na região do crânio (BLOG DO NETO FERREIRA, 2019).

8) O 1º caso ocorrido no ano de 2020, aconteceu no interior do Estado, onde o POLICIAL 8, de 33 anos de idade e conforme informou a PMMA, o suicídio ocorreu devido a um quadro de depressão (MARANHAO, 2021). A Polícia Militar do Maranhão informou o falecimento do policial, informando que o mesmo foi encontrado morto no alojamento do DPM, Destacamento da Polícia Militar, e segundo informações dos policiais militares de serviço, o cabo após retornar do serviço de ronda, entrou no alojamento, quando se ouviu o disparo de arma de fogo (SITE DA PMMA, 2020).

9) O outro caso ocorrido no ano de 2020, diz respeito ao POLICIAL 9, que trabalhava no interior do Estado e recorreu ao suicídio, conforme a PMMA, devido a sofrer de depressão (MARANHÃO, 2021). O soldado da Polícia Militar, tirou a própria vida nem determinada noite em São Luís e segundo informações preliminares, o PM sofria de depressão e teve uma crise, resultando assim na sua morte (BLOG DO NETO FERRERIA, 2020)

10) Já no ano de 2021, registra-se dois casos no mesmo mês de março, o primeiro foi do POLICIAL 10, soldado de apenas 23 anos de idade que foi encontrado morto com um tiro na cabeça em sua casa. O militar foi encontrado com uma lesão na cabeça provocada por uma pistola Taurus PT840, que estava ao lado do corpo. Ainda de acordo com a PM, por volta das 05h45min da manhã do domingo, o policial enviou uma mensagem de despedida, via aplicativo, para a ex-companheira. Imediatamente, a mulher se dirigiu a casa do policial e o encontrou já sem vida. O casal esteve junto por oito meses e o término havia acontecido há cerca de uma semana. A mulher saiu de casa e estava morando com uma amiga durante a

separação. O casal não tinha filhos. Em depoimento, a ex-companheira do militar afirmou que o PM apresentava quadro de depressão (BLOG DO ELIAS LACERDA).

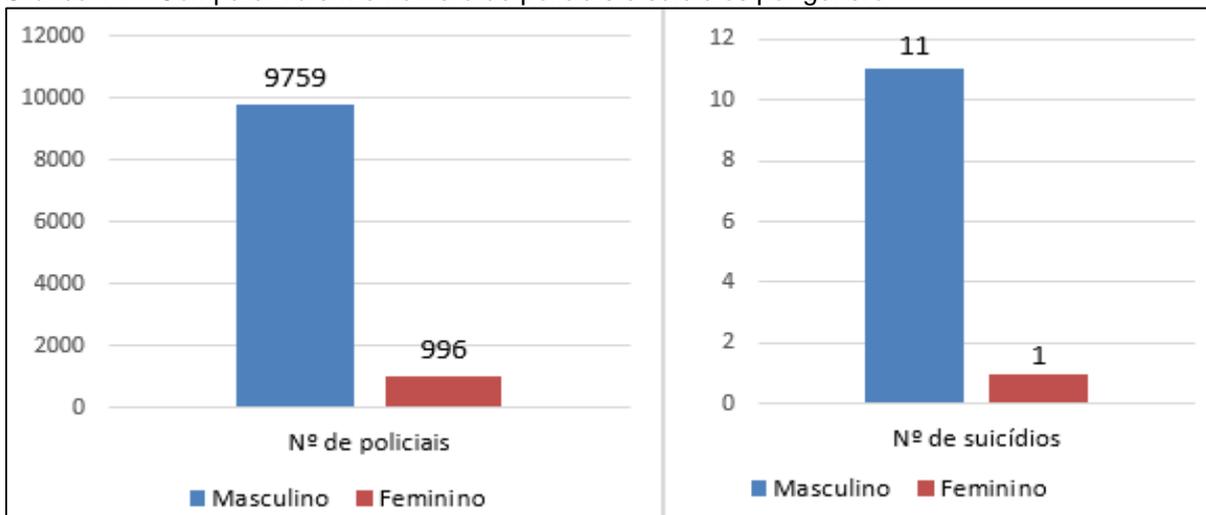
11) Ainda no ano de 2021, no mesmo mês do episódio anterior, ocorreu o suicídio do POLICIAL 11, que segundo dados da PMMA, já apresentava quadro de depressão, sendo isso a provável causa do fatídico (MARANHÃO, 2021). Segundo informações preliminares, ele havia brigado com a esposa, colocou ela para fora do apartamento após discussão, se trancou no imóvel e deu um tiro na cabeça (BLOG DO LUÍS CARDOSO, 2021).

12) Importante frisar que de acordo com os dados fornecidos pela PMMA, o número de suicídios seria de 12 (doze), porém não conseguimos identificar esse décimo segundo policial, pois a única informação que conseguimos foi de que se trata de um policial do interior do Estado, sexo masculino e que ceifou a própria vida através de um enforcamento.

Analisando os casos de suicídios ocorridos no período de 2016 a 2021, contabilizamos 12 (doze) eventos e alguns pontos merecem destaques.

Conforme dados coletados na PMMA, seu efetivo de policiais em atividade chega em média a 11 (onze) mil policiais entre homens e mulheres.

Gráfico 11 – Comparativo entre número de policiais e suicídios por gênero



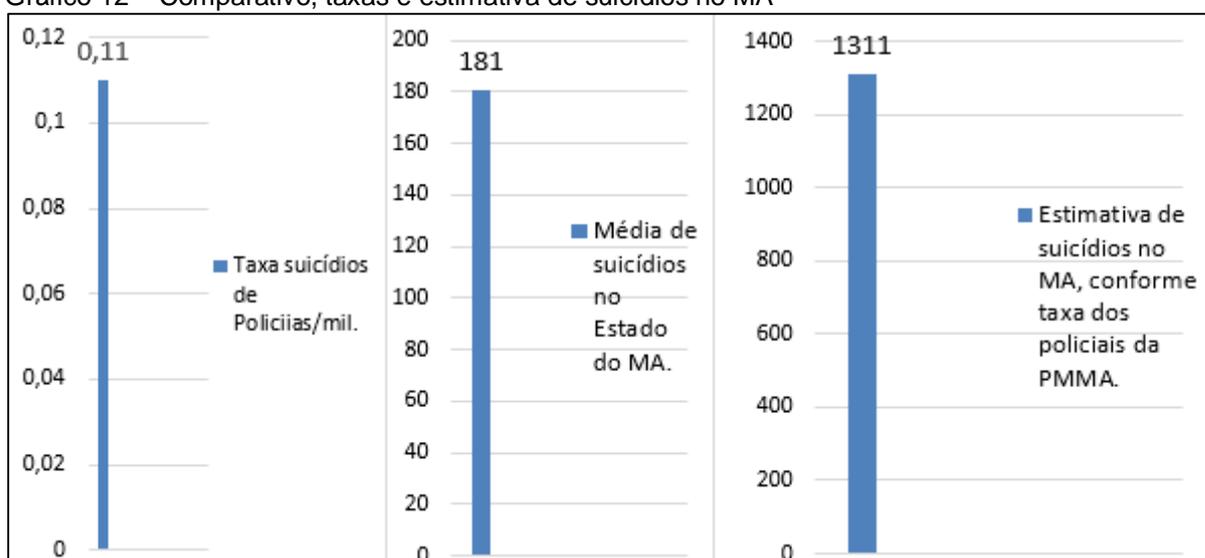
Fonte: MARANHÃO (2021; 2022).

Pelo comparativo no gráfico acima, é possível identificar que a mesma proporção de policiais por gênero foi de suicídios por gênero na Corporação durante o período pesquisado. Cerca de 10% do efetivo total dos policiais militares é composto por mulheres, e quanto aos casos de suicídios também temos um

percentual em torno de 10% dos casos consumados nesse período cometido por policial do gênero feminino. O que leva a notar a uniformidade e proporção dos eventos de acordo com o público.

De acordo com a pesquisa, o número de suicídios na PMMA no período pesquisado foi de 12 (doze), levando a um percentual de 0.11% de perdas do efetivo em um período de 06 (seis) anos. levando em consideração a população atual do Estado do Maranhão, de 7.153.262 (sete milhões, cento e cinquenta e três mil e duzentos e sessenta e duas) pessoas (IBGE, 2021), caso ocorresse o mesmo percentual de perdas, uma estimativa de 7.868 (sete mil e oitocentos e sessenta e oito) suicídios deveriam ocorrer no Maranhão no período pesquisado entre 2016 e 2021, conseqüentemente gerando uma média de mais de 1.300 suicídios por ano, um número bastante expressivo e distante das médias dos últimos anos, que beira os 181 suicídios por ano no estado do Maranhão, conforme dados do FBSP (2021), que possui os últimos dados contabilizados e disponíveis.

Gráfico 12 – Comparativo, taxas e estimativa de suicídios no MA



Fonte: FBSP (2019; 2020) e MARANHÃO (2021; 2022).

Como é possível analisar, a taxa de suicídios dentro da PMMA é muito alta, quando comparada com outras taxas, a exemplo da taxa de suicídios nacionalmente e especificamente a taxa de suicídios dentro do estado do Maranhão. Essa taxa de suicídio na PMMA leva em consideração os dados referentes ao período delimitado na pesquisa, entre 2016 e 2021, onde ocorreram 12 suicídios. A média dos suicídios no Maranhão leva em consideração os anos de 2019 e 2020,

pois não constam dados dos anos anteriores e os dados referentes ao ano de 2021 ainda não estão disponíveis, pois o relatório do fórum brasileiro de segunda pública ainda não foi finalizado e publicado, bem como não foi possível obter esse dado fidedignamente através de outro meio. E quanto a estimativa de suicídios conforme taxa de suicídio na PMMA, foi obtida através de projeção baseada na taxa de suicídios na PMMA comparada com o número de habitantes do estado do Maranhão atualmente.

#### **4.4 Entrevistas sobre as políticas institucionais em saúde mental na PMMA**

As avaliações de acordo com Silva (2013), no campo profissional, são deliberadas, sistemáticas e complexas, incluindo dimensões técnico-metodológica e políticas, articuladas de caráter aplicado, utilizando de técnicas e métodos da pesquisa social, no intuito de subsidiar decisões e ações concretas com o propósito de realimentar gestores públicos, rumo à construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Nesse sentido, foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturadas, que segundo Manzini (1990/1991, p. 154), estão focalizadas “[...] em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas às entrevistas [...]”.

As entrevistas foram feitas no quartel do comando geral, com a aquiescência de todos os entrevistados, cientes dos objetivos da presente pesquisa.

A pesquisa buscou atingir dois atores: primeiramente foi entrevistado o Comandante Geral da PMMA, no intuito de avaliar a postura, posicionamento e visão do gestor da Corporação no que tange a saúde mental e políticas institucionais da PMMA voltadas para essa área. Logo em seguida, foi realizada entrevista com a Chefe do CAPS/PMMA, juntamente com os profissionais que atuam no CAPS e NAPS, com intuito de colher uma visão mais operacional daqueles que estão no dia a dia atuando no setor e executando as políticas e programas.

As questões norteadoras das entrevistas semiestruturadas, em um total de 10 (dez) inicialmente e possibilidade de no decorrer da entrevista surgirem novos questionamentos relacionados ao tema, foram as seguintes:

Qual sua visão sobre saúde mental no que diz respeito a relação com a atividade policial militar?

Como vossa senhoria enxerga o tratamento dispensado aos policiais militares do Maranhão com relação a saúde mental?

Quais as maiores demandas relacionadas à saúde mental entre os policiais militares? Tipo de diagnósticos (estresse pós-traumático, depressão, transtornos, etc.).

Como a PMMA cuida dos policiais militares que sofreram algo que possa afetar diretamente sua saúde mental?

Qual seu entendimento sobre a depressão (e demais transtornos mentais) e seus impactos na atividade policial militar?

De acordo com seu conhecimento, quais os maiores problemas que afetam os policiais e podem causar-lhes adoecimentos relacionados à saúde mental (insatisfação com salário, vida conjugal, dívidas, alcoolismos, dependência químicas, ambiente laboral, outros a citar)?

Qual sugestão teria para um melhor tratamento a saúde mental na corporação?

Considera o setor médico suficiente para atender às demandas da corporação?

Em casos de suicídios cometidos por policiais, vossa senhoria entende como caso isolado ou como evento que pode afetar outros policiais e até mesmo a unidade onde ele trabalha?

Nos casos de suicídios, como a PMMA age em relação aos familiares dos policiais?

Após a realização das entrevistas, que foram gravadas, transcreveu-se todas afim de uma análise geral dos resultados obtidos de acordo com a visão de cada um dos atores.

#### ***4.4.1 Entrevista com o Comandante Geral da Polícia Militar do Maranhão (Gestor)***

Em relação ao comandante geral da PMMA, Silva (2013) classifica como dirigente superior, responsável pela definição da política e das prioridades entre as alternativas de programas, segundo os objetivos da instituição.

Quanto ao primeiro questionamento, o gestor foi enfático ao relatar que a PMMA tem desenvolvido bastante para que os policiais militares sejam assistidos na

área de psicologia e tem tomado todas preocupações quando esses profissionais passam por alguma ocorrência de riscos, até mesmo da própria vida.

Destaca-se uma frase do gestor ao afirmar que “[...] como todos nós sabemos, nossa profissão é uma profissão de risco e alto risco, só existe uma profissão em que em um tiroteio os profissionais vão para cima do tiroteio, que são as forças policiais”.

Importante frisar que, conforme já exposto no trabalho, a profissão policial é uma das profissões de maiores riscos, devido a diversos fatores inerentes a própria atividade laboral e esse entendimento é perceptível pelo gestor da corporação. Esses fatores podem gerar estressores laborais que podem provocar adoecimento mental nos policiais.

Em relação ao segundo questionamento, o gestor assegura que mesmo diante dos avanços na área de assistencial a saúde mental, onde os profissionais do CAPS e NAPS tem trabalhado bastante, a PMMA falha no acesso por parte dos policiais do interior do Estado, pois infelizmente ainda não foi possível alcançar esses profissionais devido a uma série de fatores, como recursos materiais, humanos, o preconceito da tropa quanto a esse tipo de serviço, dentre outros.

Sobre o questionamento a respeito das maiores demandas relacionadas à saúde mental entre os policiais militares, tipo de diagnósticos (estresse pós-traumático, depressão, transtornos, etc.) e suas possíveis causas desses adoecimentos, (insatisfação com salário, vida conjugal, dívidas, alcoolismos, dependência químicas, ambiente laboral, outros a citar), o gestor respondeu que a falta de relações sociais em detrimento das relações virtuais, principalmente nos policiais mais novos e em escala menor, a questão das relações laborais e satisfação com ambiente de trabalho.

Alcoolismo, envolvimento com drogas ilícitas e problemas de relacionamentos foram apontados pelo gestor como maiores incidências de casos de adoecimento em saúde mental. Em virtude desses fatores, os maiores casos de conhecimento citado pelo gestor foi de casos de depressão, onde o mesmo fala que “[...] o tratamento na área psicológica é demorado e quando retorna para a atividade, retorna com restrições, com uso de medicamentos, não trabalhar em determinados horários, e nem manuseio de equipamentos, armas e viaturas”, o que impacta consideravelmente na prestação de serviço à sociedade.

É possível aferir que o impacto que a saúde mental provoca na corporação é notado pelo gestor, pois trabalhando uma prevenção, evita-se que policiais cheguem a esse afastamento, pois conforme citado pelo próprio gestor, quando chega ao ponto de ter que afastar o policial de suas atividades ao entrar em tratamento, é demorado para que retorne as atividades laborais e muitas vezes esse retorno ainda não é de forma integral, pois uma série de restrições podem ser impostas, a depender do caso em específico.

A respeito dos questionamentos sobre qual sugestão teria para um melhor tratamento a saúde mental na corporação e se considerava o setor médico suficiente para atender às demandas da corporação, o gestor reconheceu que existem muitas limitações e deficiências e a PMMA está sendo tratado com muita prioridade.

Afirmou ainda o gestor, algo de extrema relevância, que foi explanado pela maioria dos profissionais da área de saúde mental em suas entrevistas, que é a retirada do setor de atendimento em saúde mental de dentro do Quartel do Comando Geral. Essa política e posicionamento estratégico de sua gestão é uma intenção de proporcionar aos policiais e seus familiares um melhor atendimento, retirando a formalidade de adentrar em um quartel e passar a real impressão de procura de um atendimento multidisciplinar relacionado a saúde mental e com isso, assegurar aos policiais militares e seus familiares que possam ficar mais à vontade para procurar a devida assistência. Citou também que é trabalhado com os profissionais militares da área de saúde não levarem a hierarquia dentro dos consultórios, para que exista uma relação médico-paciente, psicólogo – paciente e não um superior com um subordinado e assim obter uma melhora no atendimento e procura por parte dos militares.

Foi citado como melhorias, a intenção de expandir esses serviços para outras cidades do interior, pelo menos as regionais, que seriam cidades polos que abrangeriam outras cidades menores e assim ampliar esse serviço que hoje é muito limitado e dificulta o acesso por parte de muitos policiais militares que estão distantes da região metropolitana e Imperatriz-MA.

Sobre as portarias, principalmente a que aprovou a diretriz nº 001/2021-GCG, para intervenção em casos de TEPT no âmbito da PMMA, o gestor afirmou que foi elaborada pelo CAPS e foi submetida ao comando da instituição, que analisou e em apoio às políticas de saúde mental, aprovou através de portaria em Boletim geral para conhecimento de todos após publicação. Que vai fomentar e

trabalhar a divulgação para que cada comandante de unidade tome providências para seu fiel cumprimento. Afirmou que tem trabalhado bastante com os comandantes, pois é muito incidente o número de ocorrências e sintomas na tropa de problemas de saúde mental.

#### **4.4.2 Entrevistas com profissionais do CAPS e NAPS da PMMA**

Conforme Silva (2013), os administradores são responsáveis pela alocação de recursos para a concretização de objetivos e no caso da PMMA, cabe a chefe do CAPS esse papel. Trata-se de oficial que ingressou em 2007 na corporação e por muito tempo atuou como única psicóloga efetiva da instituição e somente após ingresso de novos concursados em 2017/2018 o quadro de profissionais aumentou e os técnicos seríamos profissionais que executam os programas, que nesta pesquisa representa os psicólogos, assistentes sociais e médico psiquiatra.

Sobre os entrevistados, foi enviado expediente solicitando entrevistas com todos os profissionais do CAPS e NAPS, que seriam 16 (dezesesseis), porém só foi possível realizar com 12 (doze) deles, o que representa 75% do efetivo do setor. Os demais não foi possível contato em virtude de férias, licenças e outros afastamentos de 04 (quatro) desses profissionais. Os profissionais serão identificados como psicólogo 1, psicólogo 2, psicólogo 3, psicólogo 4, psicólogo 5, psicólogo 6, psicólogo 7, psicólogo 8, assistente social 1, assistente social 2, assistente social 3 e médico psiquiatra 1.

A primeira pergunta feita aos profissionais da área de saúde mental foi: “Qual sua visão sobre saúde mental no que diz respeito a sua relação com a atividade policial militar?”

Todos responderam que no geral, a profissão de policial militar está entre as mais estressantes do mundo, sendo que ela por si só é responsável por vários fatores que estão diretamente ligados a adoecimentos mentais. Assim é de extrema importância uma boa saúde mental para o desempenho da atividade policial militar, haja vista, que as atividades inerentes a profissão expõe os profissionais a uma maior vulnerabilidade e que além de ser um policial militar, ele é um ser social, que também tem suas cargas emocionais do dia a dia fora do ambiente de trabalho, o que acaba somando tudo.

Importante ressaltar nas respostas sobre a relação entre saúde mental e atividade policial, a ênfase dada pelo psicólogo 7, ao relatar: “que deve ser prioridade”, da assistente social 2, ao afirmar que: “[...] é fundamental para desenvolver a atividade policial e lidar com a sociedade, pois constantemente são instados a orientar e dar informações)” e ainda a do psicólogo 3, que expressa: “[...] que existe uma tropa adoecida [...] que acaba tendo uma correspondência na atividade policial militar”.

Quadro 4 – Relação entre a saúde mental e atividade policial militar

<b>Percepção</b>	<b>Psicólogos</b>	<b>Assistentes sociais</b>	<b>Médico psiquiatra</b>
A atividade policial é uma das mais propícias a adoecimento mental	7	3	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme se observa no quadro acima, praticamente todos os profissionais entrevistados entendem a profissão policial militar como propícia a causar adoecimentos na saúde mental dos policiais. Nesse contexto, destaque-se o posicionamento do psicólogo 1 ao afirmar que: “[...] atividade é de extremo estresse ocupacional”, a assistente social 1 ressalta que: “[...] a atividade policial é uma das mais estressante do mundo”, o psicólogo 8 defende que: “[...] a atividade policial em si já remete a níveis de estresse” e o médico psiquiatra 1 elenca que: “[...] a atividade policial por si só é precarizante da saúde mental do policial”.

Portanto, fica claro o posicionamento de todos profissionais da área de saúde mental sobre a importância de uma boa saúde mental para desempenho da atividade policial militar, pois a própria atividade em si devido as suas características e atribuições, ao lidar com situações de riscos, violência, mortes, necessidade de atenção e vigilância ininterruptas, contribuem para adoecimentos desses profissionais e conseqüentemente, afeta no serviço prestado à sociedade, que é a segurança pública.

Ao segundo questionamento, qual seja: Como vossa senhoria enxerga o tratamento dispensado aos policiais militares do maranhão com relação a saúde mental?

A maioria dos profissionais respondeu que o serviço tem melhorado muito, evoluindo com a chegada de novos profissionais nos últimos anos, porém ainda possui muitas barreiras, sejam elas internas, quando se refere ao próprio policial militar com seus estigmas, preconceitos ao procurar atendimento em saúde mental, quanto organizacional, pois fica o estigma de ser tratado como doente mental, enrolação no serviço ou fraco.

Quadro 5 - Tratamento dispensado pela PMMA em saúde mental

<b>Percepção</b>	<b>Psicólogos</b>	<b>Assistentes sociais</b>	<b>Médico psiquiatra</b>
Falta de acesso pelos policiais do interior	5	3	1
Estigmas, preconceitos e barreiras	7	2	1
Conscientização dos comandantes de unidades	6	1	
Falta de divulgação dentro da PMMA	7	2	
Trabalhar de forma preventiva	5	1	

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar o quadro, é possível constatar que a falta de acesso aos serviços de saúde mental pelos policiais do interior é algo bastante citado pelos profissionais, e nas palavras do assistente social 1, “[...] existe o serviço, mas não é para todos, pois não é possível chegar a todos os profissionais, não consegue chegar a todos os municípios [...] nem todos os policiais militares tem acesso a esse serviço que é ofertado”. Essa grande dificuldade é decorrente da carência de recursos humanos conforme já foi citado.

Outro ponto importante, como um dos mais citados, são as barreiras, estigmas e preconceitos pessoais e até mesmo de policiais na corporação, que impedem de os policiais buscarem tratamentos.

Quanto a ausência de divulgação nas unidades, temos a fala do psicólogo 8: “[...] eu percebo que ainda tem policiais militares que ainda estão desinformados sobre nossos serviços”. O que leva a concluir que falta realizar um trabalho mais incisivo e amplo sobre os serviços oferecidos pelo CAPS.

A falta de conscientização dos comandantes de unidades foi bastante citada nas entrevistas, a maioria entende que os comandantes de unidades precisam além de divulgar os serviços à sua tropa, devem ter a consciência da importância e prioridade na saúde mental de seus subordinados, e na fala do psicólogo 7 ele deixa bem claro que: “[...] pois já existe o tratamento, mas muitos comandantes não sabem como agir, como fazer, poderia ser mais sistêmico”. Nessa fala é perceptível que os tanto os comandantes quanto os profissionais do CAPS ainda não estavam cientes da publicação da portaria que aprovou a diretriz do CAPS.

A fala do psicólogo 6, destaca outro ponto que foi bastante citado pelos profissionais do CAPS, que é o fato do serviço ser apenas ambulatorial e com isso, não é possível trabalhar o preventivo, pois de acordo com ele: “[...] o serviço é incipiente por ser apenas ambulatorial [...] e o ideal seria um acompanhamento mais próximo, acompanhar a dinâmica das unidades”. Essa fala é importante pois, se for feito um bom trabalho preventivo, é possível agir rápido e intervir nesse profissional, evitando que seu quadro evolua para algo mais grave, pois o que tem sido observado no CAPS é que as pessoas já chegam em estágios avançados de adoecimento, segundo o psicólogo 8 “[...] quando chega no CAPS, já em nível alto”.

Portanto, uma ampla divulgação dentro da PMMA, melhor e maior conscientização dos comandantes de unidades que também estaria relacionado com a difusão e quebras de barreiras e estigmas sobre saúde mental aliados a um tratamento preventivo, onde o CAPS chegaria antes do agravamento dos adoecimentos, proporcionaria ganhos inestimáveis à corporação.

Na terceira indagação, foi questionado: Quais as maiores demandas relacionadas à saúde mental entre os policiais militares? Tipo de diagnósticos (estresse pós-traumático, depressão, transtornos, etc.).

Dentre as respostas a essa pergunta, destaca-se que os variados fatores afetam o ser humano, em especial os policiais militares no que tange sua saúde mental, e conforme explanado durante as entrevistas, tudo está interligado, pois conforme o psicólogo 3 “é um somatório” que aliados a vida pessoal e profissional podem desencadear vários problemas de saúde.

Quadro 6 – Tipos de diagnósticos mais comuns

<b>Percepção</b>	<b>Psicólogos</b>	<b>Assistentes sociais</b>	<b>Médico psiquiatra</b>
Estresse	1	2	1
Transtornos de ansiedade	6	3	1
Depressão	6	2	1
Estresse pós-traumático	6		

Fonte: dados da pesquisa

Conforme o quadro acima, os casos mais relatados pelos profissionais como de diagnósticos em atendimentos, são estresse crônico, transtornos de ansiedade, estresse pós-traumático e depressão.

O transtorno de ansiedade é sempre apontado como sendo o mais comum por quase todos os profissionais, seguido da depressão e do estresse crônico. Interessante lembrar que em uma das perguntas anteriores, o trabalho preventivo foi apontado como uma medida que só beneficia a instituição e os policiais militares, pois o CAPS conseguiria atender em uma fase inicial e com isso tentar evitar que evoluísse para uma forma mais grave e como os transtornos de ansiedade são a maioria dos casos, com certeza as medidas de prevenção ou atendimento bem no início, diminuiriam os casos de evolução para outros transtornos, depressão ou até mesmo ideações suicidas, tentativas ou suicídios consumados, conforme deixou bem claro o psicólogo 6.

Quanto a pergunta 4, indagou-se: Como a PMMA cuida dos policiais militares que sofreram algo que possa afetar diretamente sua saúde mental?

Foram obtidas diversas respostas, cada profissional com uma visão da forma que é disponibilizado esses serviços aos policiais militares. Porém, praticamente todos falaram sobre o serviço desempenhando ser em sua grande maioria ambulatorial.

Quadro 7 – Como a PMMA trata os policiais com problemas de saúde mental

<b>Percepção</b>	<b>Psicólogos</b>	<b>Assistentes sociais</b>	<b>Médico psiquiatra</b>
Atendimento ambulatorial	4	2	1
Dependem do CMT de UPM apresentar (encaminhar) os policiais	7	2	1
Demanda voluntária	7	2	1
Acredita que existe uma legislação que padronize a relação ocorrência-atendimento	1	1	

Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito a como a forma que PMMA trata os policiais que sofreram algo e possa afetar a saúde mental, a grande maioria falou que a instituição trabalha basicamente com atendimento ambulatorial, devido a uma série de fatores que inviabilizam incrementar outras ações. Destaca-se a fala do psicólogo 3, ao afirmar que a PMMA “[...] proporciona atendimento psicológico na medida possível, devido a demanda”, ou seja, procura sempre acolher e ajudar aquele policial que possa está passando por algum desses problemas que afetem sua saúde mental.

Somente o psicólogo 5 e o assistente social citaram a possível existência de uma legislação que padronize a atuação da PMMA diante de problemas relacionados a saúde mental dos policiais militares. O Psicólogo 5 relatou que “[...] acredita que tem uma legislação no sentido de que quando uma ocorrência resultar em óbito, deve ser feito o acompanhamento psicológico” e o assistente social 2 afirmou que “[...] hoje tem um protocolo, portaria, encaminhada para as UPM’s, porém são poucos os policiais que chegam encaminhados por esse meio”.

Importante avaliar que os policiais do setor de saúde mental da PMMA não tinham conhecimento da portaria nº 037/21, que aprovou e publicou a diretriz feita pelo CAPS, que trata da intervenção em casos de TEPT. Muito se deve esse desconhecimento, pela falta de uma ampla divulgação dentro da PMMA, e pelo fato de como bem frisou o assistente social 2, dentre os policiais que buscam o atendimento do CAPS, a grande maioria não vem em obediência a essa portaria e o

profissional ainda afirma que “[...] todos sabem que todo dia tem ocorrências” que podem gerar fatores estressores nos policiais.

A PMMA cuida dos seus policiais, conforme tabela acima, em sua grande maioria, dependendo da apresentação do policial por seu comandante de batalhão, mas como já foi citado, não por existir uma normatização, pois provavelmente a maioria não sabe que existe assim como no setor do CAPS não tinham essa informação da diretriz já em vigor para que possa ser cobrado a sua execução.

Ainda sobre a questão 4, uma parcela considerável dos atendimentos é gerada a partir da demanda ou apresentação voluntária, onde o policial enxerga a necessidade de atendimento para saúde mental e segundo a fala do psicólogo 2, “[...] quando isso ocorre, maioria percebe que já tem algum problema de médio para grave”, o que dificulta, pois caso fosse possível acompanhar desde o início, o trabalho seria menos custoso e mais produtivo com excelentes resultados.

Assim, a PMMA, através do CAPS tem evoluído, melhorado, porém ainda falta desmistificar alguns mitos e quebrar algumas barreiras ao tratar desse assunto e que o ideal é poder orientar o policial quando está no início ainda dos sintomas, trabalhando preventivamente.

A questão 5 abordou qual o entendimento do profissional sobre a depressão (e demais transtornos mentais) e seus impactos na atividade policial militar.

No decorrer das outras perguntas, as respostas acabaram por serem satisfatórias para essa indagação, principalmente nas iniciais.

Quanto a questão 6, foi a seguinte indagação: De acordo com seu conhecimento, quais os maiores problemas que afetam os policiais e podem causar-lhes adoecimentos relacionados à saúde mental (insatisfação com salário, vida conjugal, dívidas, alcoolismos, dependência químicas, ambiente laboral, outros a citar)?

Embora os diagnósticos em saúde mental, geralmente, não ocorrem por problemas isolados, pois trata-se de uma série de fatores que vão somando e com esse acúmulo de carga, pode acometer os policiais. No entanto, pelas respostas, alguns problemas se destacaram pelas falas dos entrevistados e são apresentados como de maiores incidências.

Quadro 8 – Problemas que mais acometem os policiais

<b>Problemas</b>	<b>Psicólogos</b>	<b>Assistentes sociais</b>	<b>Médico psiquiatra</b>
Planejamento financeiro (dívidas)	7	2	
Dependência alcoólica e química	7	2	1
Ambiente laboral	6	1	
Problemas conjugais	4	2	

Fonte: dados da pesquisa.

No que tange as respostas para essa indagação, é nítido que os problemas envolvendo administração financeira tem grande impacto na saúde mental dos policiais militares. Como relatado pelos profissionais, o problema com dívidas é crônico e acaba refletindo em outras áreas da vida do profissional, como em seu relacionamento familiar e no próprio ambiente de trabalho. Convém destacar as falas de alguns profissionais do CAPS: o psicólogo 3 elenca que: “[...] se o policial está endividado, tem coisas que não vai conseguir pagar, isso vai acabar configurando uma relação conflituosa com a esposa, vida conjugal, com os filhos, ele já chega de mau humor, já gera um estresse”. Já o psicólogo 8 assegura que: “[...] a saúde financeira desgastada, não estando muito boa, acaba mexendo com a saúde mental, que altera a saúde física, faz aquela bola de neve”. Ainda sobre as dívidas, o assistente social 02 contribui afirmando que: “[...] em uma semana, ao retornar de férias, atendeu cinco policiais com problemas de dívidas, chegaram para ele relatando que o dia em que recebem o salário seria o dia mais triste da vida deles, pois não lhe sobrava nada do dinheiro”.

A partir dessas falas é razoável afirmar que é um fator de extrema relevância e que acomete a maioria dos policiais que são acompanhados pelo CAPS, haja vista que todos os profissionais relataram essa má gestão financeira como preponderante no adoecimento de muitos policiais. Além do que, os problemas com dívidas acarretam envolvimento com outros fatores, tais como alcoolismo e uso de substâncias entorpecentes como forma de fuga momentânea.

É de suma importância que a PMMA tenha um olhar crítico para essa questão e possa direcionar esforços no intuito de promover uma educação financeira

com seus integrantes, seja através de palestras que o próprio CAPS pode ministrar, como também trabalhar nos cursos de formação de seus integrantes.

Outro fator citado por quase todos os profissionais é o de uso de substâncias entorpecentes e alcoolismo. O psicólogo 3 afirma que muitos militares fazem uso de bebidas e drogas para diminuir o estresse e que “[...] tem muitos casos de militares que utiliza como desculpa o uso de cocaína no trabalho de noite para ficar acordado, só que ao longo do tempo isso se torna um vício e nem percebe, quando vai dar conta de si, já é um dependente e uma coisa puxa a outra”.

Portanto, assim como a má gestão financeira, o uso de entorpecentes e álcool serve de fuga momentânea, porém desencadeia outros problemas, afeta nas relações pessoais, conjugais e laborais. Sendo necessário a PMMA combater de forme firme. Existe um trabalho desenvolvido pelo CAPS, para os dependentes químicos e de álcool, que deve ser ampliado e intensificado no intuito de diminuir esses casos que são alarmantes.

Outros fatores muito citados foram o ambiente laboral, com a sensação de falta de reconhecimento no ambiente de trabalho, a insatisfação com a Corporação, a promoção que não ocorreu, cobranças internas e externas, pois em seu serviço a sociedade exige a todo momento e não admite erros, pois é a primeira a apontar, isso tudo gera estresse e uma carga emotiva muito grande nesses profissionais. E as relações conjugais, que também tem grande influência na saúde mental dos militares, pois não estando bem em casa, dificilmente consegue estar bem no serviço e com isso, acarreta em situações problemáticas no desempenho da função. Além do mais, todos os outros fatores acima elencados refletem na relação conjugal e com isso temos uma soma de fatores altamente prejudiciais à saúde mental dos policiais militares.

A duas perguntas seguinte pode ser analisada em conexão, quais sejam: Considera o setor médico suficiente para atender às demandas da corporação? E qual sugestão teria para um melhor tratamento a saúde mental na corporação?

Quanto a considerar o setor médico, em específico o que trata da saúde mental, suficiente para atender as demandas da PMMA, todos responderam que é insuficiente, e boa parte das observações dizem respeito a falta de recursos humanos, estrutura física, mais salas de atendimentos, recursos para que possa expandir algumas ações.

O psicólogo 7 afirmou que: “[...] temos uma lista de espera muito grande, só temos um psiquiatra com agenda concorridíssima para toda a polícia, para todos os setores [...] que resolve coisas da junta militar de saúde e atende apenas duas vezes na semana”. O que torna impossível atender a toda a demanda, além do fato de, conforme a fala do psicólogo 2, “[...] é muito longe da nossa necessidade, trabalhamos muito com o pouco que temos, a gente chega muito longe da necessidade da tropa”.

Fora isso, o principal problema apontado em ser insuficiente o setor de atendimento à saúde mental é que o interior está descoberto, sem acesso a essas políticas, infelizmente.

Quando perguntados sobre as sugestões de melhorias, muitos pontos foram citados, porém os mais convergentes são os expressos na tabela abaixo:

Quadro 9 – Sugestões de melhorias no CAPS

<b>Sugestões de melhorias</b>	<b>Psicólogos</b>	<b>Assistentes sociais</b>	<b>Médico psiquiatra</b>
Descentralização	9	2	1
CAPS fora do Quartel	6	1	
Divulgação ampla	6	3	1
Disciplina nos cursos de formação	6	2	
Conscientização e participação dos cmt de UPM	7	2	1

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto as sugestões de melhorias para os serviços de atendimento à saúde mental, fora as questões de uma melhor estrutura física, com mais salas de atendimento, ar condicionado, dentre outros e no que diz respeito a recursos humanos, devido a alta demanda, alguns pontos foram bastante citados.

A sugestão que foi elencada por todos os profissionais do CAPS, foi da necessidade de descentralização do setor, pois nem mesmo a região metropolitana tem um serviço preventivo eficiente, devido as ações se concentrarem mais no atendimento ambulatorial, conforme a fala do psicólogo 2, “[...] através da descentralização o trabalho preventivo poderia chegar nas unidades” e com esse trabalho preventivo, palestras, ações, poderia evitar que certos problemas se

intensificassem ou evoluíssem para casos mais graves, como suicídios ou tentativas. O assistente social 1 relata que: “[...] a descentralização dos serviços deixaria ele mais acessível a todos”.

Outro ponto muito defendido é a necessidade de uma maior e mais ampla divulgação do setor de saúde mental, do CAPS e serviços ofertados aos policiais e seus dependentes. O psicólogo 1 afirma que: “[...] a PMMA evoluiu desde que ingressou na instituição, e que passou um bom tempo como único profissional do setor e com a chegada de novos profissionais pode desenvolver outros trabalhos e ações”, porém os profissionais em sua grande maioria alertam para o desconhecimento de muitos ainda sobre esse serviço na corporação. O psicólogo 7 pontua que: “[...] saber que existe um serviço de psicoterapia, que é caro de buscar fora e que existe aqui na PMMA, disponível para você e seus familiares, tem um valor imenso”.

O assistente social 1 relatou que: “[...] mesmo aqui na capital, o setor muito tempo já atuando, a gente ainda consegue ver policial que não tinha conhecimento dos serviços que são oferecidos”. Com isso, nota-se que existe alguns serviços e políticas, porém alguns comandantes por não conhecer como funciona, acabam não acionando para sua tropa e os próprios policiais desconhecendo os serviços do CAPS, acabam não tendo acesso aos mesmos.

A conscientização dos comandantes e dos comandados quanto a importância da saúde mental é essencial para um bom trabalho nessa área dentro da PMMA. Dentro desse ponto, inclui-se a quebra de paradigmas e barreiras, com preconceitos relacionados à saúde mental. Os comandantes cientes e afeiçoados à temática terão uma preocupação com seus comandados e os comandados cientes da importância, procurariam voluntariamente o serviço em situações que percebessem que necessitam. O psiquiatra 1 alertou que: “[...] deve-se acabar com o estigma de enxergar os atendimentos em saúde mental como algo vinculado a surtos, adoecimento e sim como algo a ser promovido” e o psicólogo 6 também expressou que: “[...] o foco tem que ser na prevenção, criando a cultura de promoção à saúde mental”.

O trabalho feito na base, na formação policial, desde seu ingresso na corporação foi muito citado. A inclusão de palestras e disciplinas efetivas durante os cursos de formação, na grade dos cursos regulares, seria de extremo valor, pois trabalharia essas temáticas com os policiais, familiarizando-os desde a formação. O

psicólogo 3 relata que: “[...] seria uma oportunidade de tratar sobre saúde mental, administração financeira e trabalhar preventivamente na base”. O assistente social 1 e psicólogo 8, disseram que tiveram a disciplina em suas formações, porém foi muito básica e o psicólogo 3 expressou algo importante, ao relatar que: “[...] a gente forma o policial, homem de ferro, imbatível, e não é, uma hora essa carga de estresse vai somar”.

O ideal seria ter uma equipe multidisciplinar fixa, mas unidades de formação da PMMA, realizando trabalhos preventivos na formação e com isso, os policiais já sairiam formados com a conscientização da importância da saúde mental no desempenho de suas funções.

Por fim, o último ponto muito citado foi a retirada do CAPS do quartel, para uma área externa, que fosse neutra. Tal medida facilitaria o acesso aos policiais, haja vista o preconceito e estigmas serem muito fortes dentro da corporação, onde eles ainda não conseguem separar a relação hierárquica da relação médico-paciente. Para o psicólogo 6, “[...] se o CAPS fosse fora do quartel, diminuiria as barreiras e preservaria o direito a intimidade das pessoas”. Assim, a procura aumentaria, o acesso seria facilitado e conseqüentemente, mais militares poderiam ser atendidos. Conforme relata o psicólogo 1, “[...] alguns oficiais o procuraram, perguntando a possibilidade de consultar em seu consultório particular, no que ela disse que eles tinham direito ao atendimento com ele no CAPS, o que o militar respondeu que não queria que fosse realizado no ambiente do quartel”. Destaca-se a fala do psicólogo 2, de que: “[...] os oficiais são mais resistentes a procurar atendimento em saúde mental”.

Então, essa política de transferir o CAPS para fora do quartel, anseio dos profissionais do setor, dos policiais que receberão o atendimento e que inclusive faz parte do planejamento estratégico do atual gestor, contribuiria significativamente para uma melhoria nos serviços prestados e proporcionaria o devido acesso aos militares.

Por fim, as indagações: Em casos de suicídios cometidos por policiais, vossa senhoria entende como caso isolado ou como evento que pode afetar outros policiais e até mesmo a unidade onde ele trabalha? Como a PMMA age em relação aos familiares dos policiais?

Todos afirmaram que uma ocorrência de suicídio consumado afeta diretamente tanto os policiais ao redor, a unidade, como familiares. O psicólogo 7

pontua que: “[...] não pode ser considerado caso isolado nem de como aconteceu e nem dos reflexos que isso causa, pois é algo que marca, choca, pode afetar outros e não pode ser falado apenas em setembro, é um perigo”. O assistente social 1 contribui dizendo que “[...] quando existe um caso de suicídio de policial, aquela unidade fica muito sensível, pois o suicídio contamina e inclusive no ano passado a gente teve duas situações muito próximas uma da outra”. O psicólogo 5 esclarece que “[...] a psicoterapia da oportunidade de intervir antes, o sujeito dá sinais”. O assistente social 2 informou que “[...] o suicídio é um evento que afeta a unidade e outras pessoas, que teve casos do policial que cometeu suicídio e depois o companheiro de serviço também apresentou problemas de depressão, pensou em suicídio as vezes até tentou”.

Esses relatos só reforçam a importância que deve ser dada a saúde mental no combate e prevenção aos suicídios, e que deve ser encarado não como fato isolado e sim, um fenômeno social que impacta em familiares, companheiros de serviço e na unidade em si.

Quanto ao serviço disponível após cometimento de suicídio, a PMMA disponibiliza a equipe do CAPS em todos os eventos de óbitos de militares, deslocando até a família em velório ou sepultamento, prestando o apoio devido e disponibilizando os serviços do CAPS caso tenham interesse em momento oportuno.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é um dos bens mais valiosos para o indivíduo, pois muitos direitos e garantias dependem de uma pessoa saudável para que possa usufruir dos demais. Uma pessoa que não esteja saudável, fica incapacitada para exercício de sua cidadania, fica impedida de participar e conviver em sociedade e aproveitar as oportunidades que surgem.

Diante de tamanha importância, o direito a saúde sofreu muitas alterações no decorrer da história, acompanhando a evolução da sociedade. O direito à saúde após as grandes guerras ganhou notoriedade, deixando de ser visto como ausência de doenças e passou ser um direito protegido e de extrema relevância para a comunidade internacional e de acordo com a OMS, em seu conceito, ampliou e englobou não só saúde física, como também a saúde mental. Um bom equilíbrio entre saúde física e mental é fundamental para todos os cidadãos e primordial para os policiais militares no desempenho de suas funções laborais, afim de que possa prestar um serviço de segurança pública satisfatório à sociedade, bem como evitar adoecimentos mentais, que podem evoluir para casos de suicídios e/ou tentativas.

No primeiro capítulo da presente pesquisa, foi tratado sobre o direito de acesso à saúde como direito à saúde. Conceituou-se o direito à saúde, através do conceito da OMS, muito criticado por estudiosos do tema, bem como constatou-se que o conceito de saúde não deve ser minimalista. Discorreu-se sobre a construção e concepção do conceito de direito a saúde, ficando claro que tal direito é reconhecido como direito fundamental, elencado como um dos direitos humanos inerente as pessoas, conforme a defesa da OMS em sua Constituição e adquiriu status constitucional no Brasil com sua expressa classificação como direito social.

Em seguida, o estudo centrou na equidade em saúde com base na teoria de John Rawls, onde levantou-se uma discussão sobre a saúde na obra do referido autor, se ele havia contemplado como bem primário em uma sociedade justa, o que não ocorreu. Para Rawls, em uma sociedade bem ordenada, a saúde não se coloca como um problema de justiça distributiva, que é o foco do seu estudo. Independente da teoria da justiça trabalhada por Rawls não ter especificamente abordado o direito à saúde, a reflexão inferida pelo desenvolvimento do princípio da diferença, levou, no campo da assistência à saúde, à instituição de sistemas de saúde criados sob as

bases da universalidade de acesso e da equidade na distribuição de recursos escassos.

Adiante, constatou-se que o direito de acesso a saúde, baseado nos estudos de Norman Daniels, remodelou a teoria de justiça de Rawls, para denotar uma atenção à saúde, e com isso, concretizar o direito à saúde.

O autor assinala que instituições que garantem saúde têm um significativo impacto na vida das pessoas e na parcela de cada um no leque de oportunidades, por isso, devem ser orientadas pelo princípio da oportunidade. Ademais, o princípio de igualdade equitativa de oportunidades não requer nivelar todas as diferenças entre as pessoas, ele é equitativo, pois visa a eliminar certos impedimentos à oportunidade para todos, como as discriminações que impedem o acesso a carreiras e as restrições ao funcionamento normal, posto que parcelas justas não significam parcelas iguais, assim, manter pessoas em um estado de funcionamento normal contribui para com a proteção de oportunidades sociais, pois uma sociedade que não garante aos seus cidadãos condições de saúde, será invariavelmente injusta, pois não assegurará a todos as mesmas condições e oportunidades para realizarem de suas vidas algo valoroso, e nem de desenvolverem as condições necessárias para se tornarem cidadãos plenos e cooperativos.

Discorreu-se sobre o direito de acesso à saúde como direito à saúde, com argumento de a equidade em saúde ou serviços de saúde são primordiais para nortear a elaboração de políticas públicas para essa área, sendo um instrumento de justiça, e o direito de acesso à saúde se transformando num dos pilares da teoria de justiça de Rawls, a partir do momento que esse merecimento se traduz na aquisição de bens e serviços de saúde, considerados essenciais e afirmou-se que, não basta o acesso aos hospitais e médicos, ou seja, entrar na rede de assistência à saúde, era algo mais abrangente, tais como a disponibilidade pela oferta dos serviços, a acessibilidade aos mesmos e aceitabilidade, envolvendo a relação das características da população.

Estudou-se sobre o direito a saúde, com uma breve cronologia, até a universalização desse direito com a promulgação da Constituição de 1988, alçando-o à categoria direito fundamental, sendo expresso como direito social, com dispositivos que visem garantir a efetividade desse direito público subjetivo, atribuindo os deveres e responsabilidades por parte do poder público.

No segundo capítulo, discorreu-se sobre a saúde mental e polícia militar, acerca da relação entre a atividade policial militar e os reflexos na saúde mental desses profissionais. Traçou-se uma linha do tempo sobre a saúde mental, demonstrando a evolução e importância que a temática foi adquirindo, com um breve histórico no Brasil. Foi discorrido sobre a lei da reforma psiquiátrica e suas contribuições para a saúde mental nos dias de hoje, bem como a criação dos CAPS e seu papel de destaque na reforma sanitária, demonstrando um grande avanço na assistência à saúde mental, com esses centros compostos por equipes multidisciplinares, trabalhando em conjunto em prol da sociedade.

Descreveu-se o papel constitucional da Polícia Militar e as características de suas atribuições no desempenho da função.

Ao tratar da relação entre saúde mental e a profissão de policial militar, constatou tratar-se de umas das profissões mais vulneráveis a adoecimentos psíquicos, com uma alta taxa de problemas psicológicos. Conseguiu-se, através de outros estudos sobre o assunto, constatar que a constante exposição ao perigo, que é inerente a função, somada à violência que permeia a sociedade e o policial lida diariamente, ocasionam sentimentos como medo de ser agredido, ou até morto no desempenho de sua função, sendo que algumas vezes, o medo de ser reconhecido como agente de segurança mesmo em seu horário de descanso e na companhia da família, isso exposto, é possível afirmar que a profissão de policial militar é uma das mais sujeitas a adoecimento da saúde mental, podendo sujeita-los a estresse, depressão e suicídios.

Identificou-se que em relação ao ambiente de trabalho e estresse ocupacional, os policiais militares carregam consigo uma carga dos problemas sociais, e, toda essa realidade, permeada por constante tensão, necessidade de estado de alerta ininterrupto, até mesmo de folga, pressão e cobranças internas externas, enfrentada diariamente por eles, encontra-se intimamente relacionada com o desenvolvimento do sofrimento psíquico desses profissionais e torna o ambiente laboral dos policiais, propícios a desencadear gatilhos que prejudicam a saúde mental. O chamado “estresse ocupacional” é uma reação do indivíduo às ameaças no ambiente de trabalho, o que se tratando de policial militar, muitas ameaças convivem com a dinâmica do serviço.

A hierarquia e a disciplina são os dois pilares da PMMA, responsáveis por conduzir as atividades dentro da corporação. Ocorre que foi constatado que sendo mal

utilizado ou cobrado, a hierarquia e disciplina podem ser responsáveis por muitos fatores estressores, haja vista, a possibilidade de confusão entre hierarquia e disciplina com autoritarismo. Um dado interessante é que dos suicídios ocorrido no período pesquisado, apenas um, dos doze catalogados, foi cometido por oficial, que é superior hierárquico de alto posto na escala hierárquica da PMMA, o que resta a grande maioria, cometidas pelos profissionais que estão na base da pirâmide.

Avaliou-se os reflexos do adoecimento mental nos casos de suicídios e/ou tentativas na PMMA. Discorreu-se que a maioria dos casos de suicídios são cometidos por pessoas com problemas psíquicos, sendo a depressão consideravelmente a de maior prevalência. Diversas campanhas são produzidas no intuito de prevenir casos, devido aos números alarmantes de suicídios nos últimos anos. Os policiais militares possuem taxas de suicídios que chegam a ser cinco vezes maiores que as taxas de suicídios cometidos pela sociedade, o que causa preocupação e merece atenção. Na PMMA o número de suicídios nos últimos anos chamou atenção, pois a média na corporação ficou muito alta em comparação com a da sociedade maranhense.

No terceiro capítulo, avaliou-se as políticas públicas e institucionais da PMMA no combate e prevenção ao suicídio. Constatou-se que existe pouca legislação que trata especificamente sobre suicídios entre os militares, podendo citar a Lei nº 13.675/18, de 11 de junho de 2018, que dentre outras coisas, institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp) e institui o Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública (Pró-Vida), que tem por objetivo elaborar, implementar, apoiar, monitorar e avaliar, entre outros, os projetos de programas de atenção psicossocial e de saúde no trabalho dos profissionais de segurança pública e defesa social, sendo assim, um grande aliado no acesso ao direito à saúde mental por partes dos policiais. Destaca-se um projeto de lei, nº 6355/19, propondo que a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio preveja um recorte, onde trate de ações específicas voltadas para os trabalhadores e trabalhadoras da segurança pública, tal projeto de lei, modifica as Leis 13.675, de 11 de junho de 2018, e 13.819, de 26 de abril de 2019, para incluir no Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública recorte voltado para a prevenção a violências autoinfligidas e incluir na Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio políticas e ações voltadas para policiais civis, policiais militares, policiais penais, agentes

socioeducativos e guardas municipais, ou seja, profissionais de segurança pública. E um projeto de lei de nº 4.815/19, aprovado no Senado federal no dia 06 de abril de 2021, que visa incluir explicitamente em seu escopo a obrigatoriedade da realização de ações voltadas para a prevenção do suicídio, que deverão ser implantadas e executadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.

Analisou-se a estrutura organizacional da PMMA no que tange a saúde mental, avaliando as políticas institucionais e direito de acesso aos policiais militares. Constatou-se que existe um setor específico, com psicólogos, psiquiatra e assistente sociais que desempenham a promoção de saúde mental na corporação. Conforme entrevistas e análise documentais, esse número é muito reduzido, e a proporção de policiais para cada profissional, considerando todos na ativa atendendo, é muito alta, com destaque para a existência de apenas um médico psiquiatra para atender todas as demandas da PMMA, com destaque que não é um profissional do quadro efetivo da corporação, sendo cedido pela secretaria de saúde, com atendimentos por algumas horas diárias, duas vezes por semana.

Outro ponto avaliado e que merece destaque é a centralização do serviço de saúde mental na região metropolitana, demonstrando a ausência de políticas institucionais efetivas que abranjam os militares do interior do Estado, com exceção de Imperatriz-MA, que possui um núcleo de assistência e promoção social. Seria de extrema importância que fosse descentralizado a oferta de serviços e que pelos menos as cidades sedes (regionais) possuíssem no mínimo um NAPS, pois os policiais do interior quando necessitam de assistência, devem se deslocar até cidade de São Luís, o que dificulta mais a aderência a esses tipos de serviços, devido ao tempo e custos com as viagens.

No que tange as políticas institucionais, avaliou-se que o CAPS realiza alguns trabalhos preventivos, porém de forma esporádica ou mais precisamente, nos meses de campanhas, como o janeiro branco, setembro amarelo, dentre outros.

As demais políticas institucionais são de extrema relevância, porém é lamentável que sofram descontinuidade, como o CAPS itinerante, aproximando-se da tropa no ambiente de trabalho, o gerenciamento de estresse, o grupo Superação, voltado para dependentes químicos ou de álcool, que conforme entrevistas, é um dos maiores problemas que influenciam no adoecimento, dos militares.

Constatou-se que existe uma portaria nº 037/2021 – GCG, de 14 de maio de 2021, publicada em 07 de junho do mesmo ano, que aprova a diretriz para

intervenção em casos de Transtornos de Estresse Pós-Traumático no âmbito da PMMA, cuja finalidade é “[...] orientar os gestores quanto aos procedimentos mínimos necessários ao atendimento psicossocial dos policiais militares da PMMA envolvidos em incidente crítico, visando à prevenção e intervenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático -TEPT”. Ocorre que durante as entrevistas dois pontos merecem destaque: 1 – o desconhecimento da publicação desta portaria por parte dos próprios policiais que atuam no CAPS, ressaltando que apenas um dos entrevistados afirmou que existia tal documento e 2- que os comandantes de unidades não estão cumprindo o que prescreve na portaria, pois os policiais que são apresentados, não são em obediência a essa normativa, pois ela rege as devidas documentações que devem acompanhar o policial e percebeu-se que não eram os casos que estavam em atendimento. Assim, é de extrema relevância que essa portaria seja amplamente divulgada em toda a PMMA, reforçando a diretriz.

Conforme análise documental e entrevistas, o CAPS após 2017 teve o incremento de novos profissionais efetivados após concurso público, e com isso, foi possível aumentar o número de atendimentos, perceptível nos gráficos, pois como relatado por um dos entrevistados, se tivermos estrutura, se for amplamente divulgado, nossa demanda que já é grande, com certeza irá aumentar.

Ao avaliar as políticas institucionais na PMMA e de acordo com as entrevistas, é perceptível a visão da importância da saúde mental no desempenho da função de policial militar, o próprio gestor da corporação deixou bem claro, os integrantes do CAPS/PMMA ressaltaram que devido a atividade policial possuir vários estressores em virtude de suas características, contar com uma boa saúde mental, principalmente a parte de promoção e prevenção, proporcionaria excelentes resultados que seriam sentidos na prestação de serviço à sociedade.

Ressalta-se que a carência de recursos humanos, materiais e estrutura física adequadas, contribuem para a incipiência da saúde mental ofertada pela PMMA, pois a ausência de mais salas de atendimentos, eu demoram em torno de 30 minutos a uma hora com cada paciente, dificulta o bom desempenho, caso um dia tenha três psicólogos no CAPS, não seria possível todos atenderem simultaneamente, devido a ausência de espaço físico, haja vista que atualmente, só existem três salas aptas, sendo uma para a psicologia, uma para assistência social e outra para o psiquiatra.

Grande destaque a ser mencionado, foi sobre as sugestões de retirar o CAPS e toda sua estrutura física, de dentro do quartel, para tentar aliviar a tensão entre policiais acometidos de sua saúde mental e policiais profissionais de saúde. O próprio gestor é defensor dessa ideia, pois entende que com essa atitude, proporciona a quebra de paradigmas, garantindo o sigilo do atendimento, fator de recusa e distanciamento dos policiais para com esse tipo de serviço.

Constatou-se que a má gestão das finanças pessoais, é um dos fatores mais citados pelos profissionais, e o fato de contrair muitas dívidas, afeta consideravelmente a saúde mental do policial. Portanto, seria de fundamental importância que a PMMA com auxílio do CAPS e outros setores, oferecesse cursos, treinamentos e palestras sobre administração financeira para seus integrantes, pois conforme avaliado, as dívidas contribuem para uma desordem na vida dos militares e influencia e desencadeia diversos problemas em saúde mental que irradiam para a vida pessoal, relações familiares e impacta na vida profissional.

Outro ponto avaliado é a falta de divulgação dos serviços oferecidos pelo CAPS e a incrementação ou reformulação de uma disciplina que trate esses assuntos na formação, conscientizando os comandantes e seus subordinados da importância de um acompanhamento psicológico preventivo. O policial militar formando com uma visão correta sobre saúde mental, torna-se um aliado e multiplicador dentro da corporação, seja pelo fato dele perceber os sinais nele mesmo ou em companheiros de serviço, sendo consciente do papel do CAPS na instituição e com as barreiras que permeiam o assunto, quebradas, não hesitaria em procurar o setor para atendimento ou orientar o seu colega de profissão. E quanto aos oficiais tendo esse contato mais sólido com a temática, ao assumirem funções de comando de unidades ou chefes de setores, seriam mais conscientes, orientando seus subordinados, incentivando-os e promovendo a assistência psicológica e social.

A avaliação constatou que existem políticas institucionais na PMMA, porém, são muito incipientes e o atendimento está cada vez mais restrito a atendimentos ambulatoriais, e somente aqui na região metropolitana e em menor escala na cidade de Imperatriz, com o Estado do Maranhão possuindo duzentos e dezessete municípios, em sua grande maioria, descobertos devido à falta de profissionais e estrutura.

Portanto, nem todos os policiais tem direito ao acesso a saúde mental na PMMA e as poucas políticas institucionais que versem sobre o assunto. Muitos têm a disponibilidade dos serviços, porém não procuram, por receio ou por falta de conhecimento e outros, devido a centralização, não tem à sua disposição.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. Site do Senado Federal. Polícias militares têm origem no século 19. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/25/policias-militares-tem-origem-no-seculo-19>. Acesso em: 12 jun. 2021.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health SocBehav**, n. 36, v.1, p. 1-10, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7738325/>. Acesso em 23 dez. 2021.

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. M. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074/>. Acesso em 23 dez. 2021.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência & saúde coletiva**, ano. 22, n 7, p. 2097-2108, Salvador, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/abstract/?lang=pt>. Acesso em 23 dez. 2021.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BARBOSA, G. C.; COSTA, T. G. da; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios/The anti-asylum fight movement: trajectory, progress and challenges. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 8, p. 45-50, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68650>. Acesso em: 23 abr. 2020.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**, Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/url/view.php?id=3112175#:~:text=BARROSO%2C%20Lu%2C%20ADs%20Roberto.,Da%20falta%20de%20efetividade%20%2C%20A4%20judicializa%20%2C%20A7%20%20A3o%20excessiva%20%20direito%20%2C%20A0%20sa%20%20BAde,34%2C%20p>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BARROSO, L. R. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 9.ed., São Paulo: Saraiva, 2020.

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos Serviços Públicos de Saúde Mental (Capsi, Capsad, Caps III) do Estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 1105-1116, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mhRTcSt55ZkSGsvQ35fnqFb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2022.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. Trad. Shirley Morales Gonçalves. São Paulo: Hucitec, 1996.

BERTOLETE, J. M.I.; FLEISCHMANN, A. Suicídio e diagnóstico psiquiátrico: uma perspectiva mundial. **Psiquiatria mundial: jornal oficial da Associação Psiquiátrica Mundial (WPA)**, v. 1, ano 3, 2002, p. 181-1855. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>. Acesso em: 2 maio 2021.

BRETAS, M. L.; ROSEMBERG, A. A história da polícia no Brasil: balanço e perspectivas. **Topoi** (Rio de Janeiro) [online]. 2013, ano 14, n. 26, p. 162-173. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-101X014026011>. Acesso em: 26 dez. 2021.

BRITO, E. S. de; VENTURA, C. A. A. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 41-63, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56228>. Acesso em: 9 fev. 2021.

BOBBIO, N. **Teoria geral do direito**. Trad. Denise Agostinetti. 3.ed., São Paulo: Marins Fontes, 2010.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; GIANFRANCO, P. **Dicionário de política**. Trad. Carmen C., Varriali *et al.*, 11.ed., Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 1 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 13 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 336**, de 12 de dezembro de 2012 Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 13 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 02 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1876/06**, de 14 de fevereiro de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em: 22 out. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Suicídio**: saber agir e prevenir; Boletim epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. **OMS**: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>. Acesso em: 19 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 4.815/19**, de 3 de setembro de 2019. Altera a Lei nº 13.675, de 11 de junho de 2018, que “disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do art. 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp); altera a Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994, a Lei nº 10.201, de 14 de fevereiro de 2001, e a Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007; e revoga dispositivos da Lei nº 12.681, de 4 de julho de 2012”, para dispor sobre a implementação de ações de prevenção ao suicídio entre profissionais de segurança pública e defesa social. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/13847.9>. Acesso em: 08 maio 2021.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6.355/19**, de 10 de dezembro de 2019. Modifica as Leis Nº 13.675, de 11 de junho de 2018, e Nº 13.819, de 26 de abril de 2019, para incluir no Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública recorte voltado para a prevenção a violências autoinfligidas e incluir na Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio políticas e ações voltadas para policiais civis, policiais militares, policiais penais, agentes socioeducativos e guardas municipais. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=22331389>. Acesso em: 8 maio 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.765/18**, de 11 de junho de 2018. Disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do art. 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp); altera a Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994, a Lei nº WHO10.201, de 14 de fevereiro de 2001, e a Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007; e revoga dispositivos da Lei nº 12.681, de 4 de julho de 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13756.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13756.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.819/19**, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm). Acesso em: 8 maio 2021.

BRITO, Emanuele Seicenti de. **O Direito Humano à Saúde Mental**: compreensão dos profissionais da área. 126 f. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-28112011-160938/pt-br.php>. Acesso em: 17 dez. 2021.

CABO da Polícia Militar do Maranhão comete suicídio no dia do seu aniversário. **Diego Emir**. 2018. Disponível em: <http://diegoemir.com/2018/05/cabo-da-policia-militar-do-maranhao-comete-suicidio-no-dia-do-seu-aniversario/>. Acesso em: 12 out. 2021.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3.ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CASTRO, M. C. D. de *et al.* Estresse em profissionais da segurança pública do Estado de Santa Catarina: matriz conceitual e validação de instrumentos. *In: Anais do 9º Congresso de Stress da ISMA-BR*. Porto Alegre: junho, 2009.

CHAE, M. H.; BOYLE, D. G. Police suicide: prevalence, risk and protective factors. **Policing: an International Journal of Police Strategies & Management**, v. 36, n. 1, p. 91-118, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/251236553\\_Police\\_suicide\\_Prevalence\\_risk\\_and\\_protective\\_factors](https://www.researchgate.net/publication/251236553_Police_suicide_Prevalence_risk_and_protective_factors). Acesso em: 10 nov. 2021.

CREVELIM, M. A.; DE JESUS, C. H.; CARNEIRO JUNIOR, N. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde soc**. São Paulo, v. 19, n. 3, p.709-716. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rGJJP8SyB7SvhG8JnJStH4c/abstract/?lang=pt>. Acesso em 23 dez. 2021.

CARDOSO, L. **Urgente! Policial Militar recorre ao suicídio no Maranhão**. Luís Cardoso: bastidores da notícia, São Luís, 10 de novembro de 2019. Disponível em: <https://luiscardoso.com.br/suicidio/2019/11/urgente-policial-militar-recorre-ao-suicidio-no-maranhao/>. Acesso em: 1 dez. 2019.

CICCO, C. de; GONZAGA, Á. de A. **Teoria Geral do Estado e Ciência Política**. 3.ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011

CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. *In: JACQUES, M. da G.; CODO, W. (Orgs.). Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 173-190.

COSTA, M. C. G. **Atenção, sentido. Entre a posição que paralisa e a atividade que transforma**: um estudo em saúde mental dos policiais militares. 2016. 183 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/pospsicologia/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=1856>. Acesso em 23 dez. 2021.

COSTA, Y. **Atos de justiça coletiva**: representações da violência na mídia. 2005. 195 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Antropologia) - Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2005. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/610>. Acesso em 23 dez. 2021.

CORGOZINHO, M.; DE OLIVEIRA, A. A. S. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde soc.** v. 25, n. 2. São Paulo abr./jun. 2016. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31514/1/2017\\_MarceloMoreiraCorgozinho.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31514/1/2017_MarceloMoreiraCorgozinho.pdf). Acesso em 23 dez. 2021.

CORREIA JUNIOR, R.; VENTURA, C. A. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil – da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 40-60, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82805>. Acesso em: 9 fev. 2021.

COUTO, H. de A. **Stress e qualidade de vida dos executivos**. Rio de Janeiro: COP, 1987.

CUNDA, M. F. **As Tramas Empedradas de uma Psicopatologia Juvenil**, 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37300>. Acesso em: 2 de fev. 2021.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Rev. Saúde Públ.**, S. Paulo, n. 22, p. 57-63, 1988. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128> . Acesso em 23 dez. 2021.

DANIELS, N. **Justice and Justification**. Reflective equilibrium in theory and practice. New York, NY: Cambridge University Press, 1996.

\_\_\_\_\_. **Equity Population Health**: toward a broader bioethics agenda, 2006.

\_\_\_\_\_. **Just health**: meeting health needs fairly. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

\_\_\_\_\_. **Just health care**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **CULT - Revista Brasileira de Cultura**. n. 139, p. 49-53, São Paulo: Bregantini, set/2009. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1402822>. Acesso em 23 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5751578/mod\\_resource/content/0/Por%20u](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5751578/mod_resource/content/0/Por%20u)

m%20novo%20conceito%20de%20saude%20DEJOURS.pdf. Acesso em 23 dez. 2021.

DELGADO, P. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em 12 maio 2020.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2.ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DIAS, J. B. **A influência do estresse na qualidade de vida do policial militar**. Monografia na universidade de Brasília. Palmas, 2011. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/2993>. Acesso em: 11 nov. 2021.

DIAS, M. T. F.; GUSTIN, M. B. de S. **(Re) pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. 4.ed. rev. e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

DOLAN, S. L. **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

DURKHEIM, É. **O Suicídio**. Estudo da Sociologia. Tradução Mônica Sthael. 2.ed., São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

DUSSEL, E. **Ética da Libertação: na idade da globalização e da exclusão**. 2.ed., Petrópolis: Vozes, 2000.

FARIA, R. H. M. de. **Em nome da ordem: a constituição dos aparatos de polícia no universo luso-brasileiro**. 2007, 252 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7166>. Acesso em 23 dez. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. São Paulo: FBSP, 2019. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf). Acesso em: 1 maio 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP) **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. São Paulo: FBSP, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 8 maio 2021.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 3.ed., Curitiba: Positivo, 2004.

FONTANA, R. T.; DE MATTOS, G. D. Vivendo entre a segurança e o risco: implicações à saúde do policial militar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 77 - 84, 7 jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/20239/16982/>. Acesso em 23 dez. 2021.

FRANCO, F. M. Fatores de risco, fatores protetivos e prevenção do suicídio entre policiais e outros agentes da lei: perspectiva internacional. **Rev. Psicologia: Saúde Mental e Seg. Pública**, B Hte., 7, 97-114, jan./dez. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/695-Texto%20do%20Artigo-2055-1-10-20181221%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/695-Texto%20do%20Artigo-2055-1-10-20181221%20(6).pdf). Acesso em: 12 dez 2021.

GODDARD, M.; SMITH, P.C. Equity of access to health care services: theory and evidence. **Social Science and Medicine**, v. 539, n.9, p.1149-1162, 2001. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/11790497\\_Equity\\_of\\_access\\_to\\_health\\_care\\_services\\_Theory\\_and\\_evidence\\_from\\_the\\_UK](https://www.researchgate.net/publication/11790497_Equity_of_access_to_health_care_services_Theory_and_evidence_from_the_UK). Acesso em 23 dez. 2021.

GLOBEKNER, O. A. **A construção social do conceito de saúde e de direito à saúde**. Boletim científico da Escola Superior do Ministério Público da união, Brasília, ano 10, n. 34, p. 83-122, jan./jul. 2011. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/7875>. Acesso em: 1 maio 2020.

GRECO, R. **Atividade policial**: aspectos penais, processuais penais, administrativos e constitucionais. 2.ed., Niterói: Impetus, 2010.

GROSSMAN, M. **The Demand for health**: a theoretical and empirical investigation. National Bureau of Economic Research Occasional Paper 119. New York: Columbia University Press, 1972. p.1-38.

GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM SUICÍDIO E PREVENÇÃO (GEPeSP). **Boletim GEPeSP 2019**: Notificações de Mortes Violentas Intencionais e Tentativas de Suicídios entre Profissionais de Segurança Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Grupo de Estudo e Pesquisa em Suicídio e Prevenção (GEPeSP), 2019.

JESUS, D. de. **Lei dos Juizados Especiais Criminais Anotada**, 12.ed., São Paulo. Saraiva. 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia Científica**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2019.

\_\_\_\_\_. **Metodologia do Trabalho Científico**. 8.ed., São Paulo: Atlas, 2020.

LAZZARINI, Á. **Estudos de direito administrativo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

LEWIECKI, M. E.; MILLER, S. A. Moleiro. Suicide, guns, and public policy. **American Journal of Public Health**, v. 103, p. 27-31, 2013. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.300964>. Acesso em: 23 de out. 2021.

LIMONGI FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 2005.

LOPES, M.C. Judicialização da saúde. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2010.

LUGO, V. de C. **La Salud como derecho humano**: 15 requisitos y una mirada a las reformas. Cuaderno de estudios de derechos humanos. N. 32. Universidad de Deusto. Bilbao. 2005.

MACHADO, J. M.; ROCHA, G. V. M. Stress no trabalho policial: uma análise das estratégias de enfrentamento. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, n. 51, 2015, p. 171-190. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Giovana-Rocha-2/publication/319782973\\_Stress\\_no\\_trabalho\\_policial\\_uma\\_analise\\_das\\_estrategias\\_de\\_enfrentamento/links/59bc4b9ea6fdcca8e5624d2e/Stress-no-trabalho-policial-uma-analise-das-estrategias-de-enfrentamento.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Giovana-Rocha-2/publication/319782973_Stress_no_trabalho_policial_uma_analise_das_estrategias_de_enfrentamento/links/59bc4b9ea6fdcca8e5624d2e/Stress-no-trabalho-policial-uma-analise-das-estrategias-de-enfrentamento.pdf). Acesso em: 2 nov. 2021.

MARANHÃO. **Constituição do Estado do Maranhão**. 5 de outubro de 1989. Disponível em: <http://legislacao.al.ma.gov.br/ged/cestadual.html>. Acesso em: 5 de set. 2021.

\_\_\_\_\_. Assembleia Legislativa do Estado. **Lei 11.079/19**. Dia Estadual de Prevenção e Combate a Depressão. Disponível em: [http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEI\\_11079](http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEI_11079). Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Assembleia Legislativa do Estado. **Lei 10.967/18** sobre semana estadual de prevenção ao suicídio - Site da assembleia legislativa do maranhão. Disponível em: [http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEI\\_10967](http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEI_10967). Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Assembleia Legislativa do Estado. **Lei 11.072/19** - Estabelece Diretrizes para a instituição do Programa de Auxílio Psicoterápico a pessoas com depressão. Disponível em: [http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEI\\_11072](http://arquivos.al.ma.leg.br:8080/ged/legislacao/LEI_11072). Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Assembleia Legislativa do Estado. **Projeto de Lei Complementar PLC 544/2019**. Que dispõe sobre a criação do programa de prevenção de violências autoprovocadas ou autoinfligidas com a finalidade de atender e capacitar o policial civil, policial militar, bombeiro militar e agente penitenciária no âmbito do Estado do Maranhão para auxílio e enfrentamento da manifestação do sofrimento psíquico e do suicídio e dá outras providências. Disponível em: <https://www.al.ma.leg.br/diarios/arquivos/DIARIO175-05-11-2019.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Polícia Militar. **Ofício nº. 549/2020** – GCG/PMMA, de 03 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Polícia Militar. **Ofício nº. 811/2021** – GCG/PMMA, de 19 de maio de 2021.

\_\_\_\_\_. Polícia Militar. **Ofício nº. 204/2022** – GCG/PMMA, de 24 de fevereiro de 2022.

MARI, J. de J. Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4593-4596, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KYWwkNkXK57FzZ3xXFJTtfB/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2021.

MARIO, C. Go. de. **Saúde Justa**: uma concepção Liberal-igualitária. IX encontro da ABCP. Brasília, 2014.

MACHADO, T. R. Judicialização da saúde e contribuições da teoria de justiça de Norman Daniels. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo. v. 16, n. 2, p. 52-76. jul./out., 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/106891/105511/188910>. Acesso em 23 dez. 2021.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 65-98, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/5PJHHDnkj3hDtM6gN6D4ZK/abstract/?lang=pt>. Acesso em 23 dez. 2021.

MILLER, L. Police Officer Suicide: causes, prevention, and practical intervention strategies. **International Journal of Emergency Mental Health**, 7, p. 101-114. Disponível em: [https://www.psychceu.com/miller/miller\\_pol\\_ofcr\\_suicide.pdf](https://www.psychceu.com/miller/miller_pol_ofcr_suicide.pdf). Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. **Missão prevenir e proteger**: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y28rt/pdf/minayo-9788575413395.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MIRANDA, D. **Por que policiais se matam?** Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mórula, 2016.

MIRANDA, D. *et al.* **Boletim GEPeSP 2019**: notificações de mortes violentas intencionais e tentativas de suicídios entre profissionais de segurança pública no Brasil. Rio de Janeiro. Grupo de Estudo e Pesquisa em Suicídio e Prevenção (GEPeSP), 2019.

MONTEIRO, P. J. C.; MORAIS, T. C. A. **Justiça distributiva e saúde**: de John Rawls a Norman Daniels. Bases conceituais da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Elisa Miranda Costa. Ponta Grossa: Atena, 2019.

MORAES, L. F. R.; MARQUES, A. L.; PORTES, P. C. P. Qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional na polícia militar de minas gerais. **Revista de Psicologia: Saúde Mental e Segurança Pública**, Belo Horizonte, 3, 53-58, jan./dez. 2003. Disponível em: <https://revista.policiamilitar.mg.gov.br/index.php/psicologia/article/view/143>. Acesso em: 9 de maio 2021.

MULLER, S. de A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, dez. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 jul. 2022.

NICOLAU, A. A. Ensaio sobre o sofrimento psicológico de policiais. **FGR em revista**, Belo Horizonte, 2009; ano 3, n. 4, p. 45-57. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/20812004/ensaio-sobre-o-sofrimento-psicologico-de-policiais-fundacao->. Acesso em: 2 nov. 2021.

NOGUEIRA, G. E. G. **Análise de tentativas de autoextermínio entre policiais militares**: um estudo em saúde mental e trabalho. 2005, 247f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <https://ippesbrasil.com.br/biblioteca-digital/analise-de-tentativas-de-auto-extermínio-entre-policiais-militares-um-estudo-em-saude-mental-e-trabalho/>. Acesso em 23 dez. 2021.

NOZICK, R. *Anarchy, State, and Utopia*. New York: Basic Books, 1974.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, L. M. Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. **Sociologias**, 12(25), 224-250, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/kRWWYHPFpWbvhGmMdbjtqcp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 de janeiro de 2022.

OITO homicídios marcam o final de semana na ilha. **IMIRANTE**. 2019. Disponível em: <https://imirante.com/oestadoma/noticias/2016/05/23/oito-homicidios-marcam-fim-de-semana-na-ilha/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 16 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Genebra: WHO Document Production Services, 2013. 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000. Disponível em: [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf). Acesso em: 16 mai 2020.

\_\_\_\_\_. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000.

\_\_\_\_\_. **Prevenção do Suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra, 2006. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf). Acesso em: 08 de abril de 2021.

\_\_\_\_\_. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso: 12 maio 2021.

\_\_\_\_\_. **Suicide worldwide in 2019**: Global Health Estimates. Disponível em: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/9789240026643-eng%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/9789240026643-eng%20(2).pdf). Acesso em 23 maio de 2021.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de

Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2020.

PARANHOS, D. G. de A. M. *et al.* As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p.1002-1011, out./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811917>. Acesso em 23 dez. 2021.

PATTERSON, G. T.; CHUNG, I. W.; SWAN, P. W. Stress management interventions for police officers and recruits: a metaanalysis. **Journal of Experimental Criminology**, 10, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/284836300\\_Stress\\_management\\_interventions\\_for\\_police\\_officers\\_and\\_recruits\\_a\\_meta-analysis](https://www.researchgate.net/publication/284836300_Stress_management_interventions_for_police_officers_and_recruits_a_meta-analysis). Acesso em: 1 dez. 2021.

PEREIRA, T. G. S. **Tiro de misericórdia**: uma análise dos fatores institucionais do suicídio na Polícia Militar do Rio de Janeiro. 2015. 156 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Antropologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://ippesbrasil.com.br/laboratorio-de-estudos/publicacoes/>. Acesso em 23 dez. 2021.

PIOVESAN, F. **Os direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 9.ed., São Paulo. Saraiva, 2008.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4.579-4.589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 jan. 2022.

POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO. **Ofício nº. 811/2021 – GCG**. São Luís, MA: Gabinete do Comandante Geral, 19 de maio. 2021. Assunto: remessa de documentos.

POLÍCIA procura por esposa pivô de suicídio de pm em são domingos do maranhão. Blogdodesa, 2018. Disponível em: <https://www.blogdodesa.com.br/policia-procura-por-esposa-pivo-de-suicidio-de-pm-em-sao-domingos-do-maranhao/>. Acesso em: 23 out. 2021.

POLICIAL Militar recorre ao suicídio no Maranhão. **Blog do Neto Ferreira**. 2019. Disponível em: <https://www.netoferreira.com.br/poder/2019/11/policial-militar-recorre-ao-suicidio-no-maranhao/>. Acesso em: 15 set. 2021.

PMMA lança nota de pesar pelo falecimento do cabo pm sousa pontes do 3º bpm em imperatriz. **Site da SSPMA**. Disponível em: <https://pm.ssp.ma.gov.br/nota-de- pesar-pelo-falecimento-do-cabo-pm-sousa-pontes-do-3o-bpm-em-imperatriz/#prettyPhoto>. Acesso em: 14 ago. 2021.

RAMOS, E. M. B. **Universalidade do direito à saúde**. São Luís: EDUFMA, 2014. \_\_\_\_\_. DINIZ, I. M. O direito à saúde e a ideia de proteção social na constituição federal de 1988: notas iniciais. **Revista Direito em Debate**, [S. l.], v. 26, n. 48, p.

159–184, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/5906>. Acesso em: 8 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. ROCHA, V. J. **Direito à Saúde no âmbito internacional dos direitos humanos**. [S.], [2016?]. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=05ec1d748d9e3bbc> Acesso em: 14 maio 2020.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

\_\_\_\_\_. **Justiça como Equidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

RESENDE, M. A. Reações persecutórias em policiais vítimas de violência. **Revista de Psicologia: Saúde Mental e Segurança Pública**, Belo Horizonte, 4, 31-40, jan./dez. 2007. Disponível em: <https://revista.policiamilitar.mg.gov.br/index.php/psicologia/article/view/61/163>. Acesso em 23 dez. 2021.

RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F.R. A necessária frugalidade dos idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1141-1159, set./out, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YM75VKCnsB9WhwPLqqgkVTv/?lang=pt&format=pdf..> Acesso em 23 dez. 2021.

SAPORI, L. **Segurança Pública no Brasil: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JUNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, [online], v. 19, e00313145, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/>. Acesso em: 12 nov. 2020.

SANCHO, L. G. e S.; KUROKAWA E. N. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2: p. 371-391, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/9G7H4QwdCv55W3VvcPH78SB/?lang=pt>. Acesso em 23 dez. 2021.

SANDEL, M. **Liberalism and the Limits of Justice**. 2.ed., Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

SANDES, R. C. dos S. Stress na atividade policial: qualidade de vida e saúde integral como mecanismos de enfrentamento. *In*: **Anais do 9º Congresso de Stress da ISMA-BR e 11º Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho**. Porto Alegre: junho/2009.

SANTOS, P. A. N. dos; MIRANDA, M. B. S. O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa. **Revista escola de medicina e saúde pública**, 2015. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20CASA.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

SANTOS, O. B.; HAUER D. R.; FURTADO, M. G. T. O sofrimento psíquico de policiais militares em decorrência de sua profissão: revisão de literatura. **Revista**

**Gestão & Saúde**. 2019, v. 20, n. 2, p. 14-27. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file5dfa2537646329c3af309b8cb4672fc0.pdf>. Acesso em 23 dez. 2021.

SARGENTO da Polícia Militar mata ex-namorada no Maranhão. Portal G1. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/sargento-da-policia-militar-mata-ex-namorada-e-recorre-ao-suicidio-no-maranhao.ghtml>. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, D. N. da. **Suicídio**: a atuação da polícia militar em ocorrências envolvendo atos suicidas. Polícia Militar de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2014.

SILVA, G. L. S. **A doença mental e a reforma psiquiátrica representadas por profissionais de saúde**. 2014. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6970?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6970?locale=pt_BR). Acesso em: 20 set. 2020.

SILVA, M. O. da S. (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais**: teoria & prática. 2.ed., São Paulo: Veras, 2001.

SILVA, M. O. da S. *et al.* **Pesquisa avaliativa**: aspectos teóricos-metodológicos. São Paulo: Veras, 2013.

SILVA, J. A. da. **Curso de Direito Constitucional positivo**. 43.ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2020.

\_\_\_\_\_. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 3.ed., São Paulo: Malheiros, 1998, p. 122.

SILVA, J. R. **Legislação Básica da Polícia Militar**. 7.ed. ampl. e atual. Recife: Linceu, 2019.

SILVEIRA, M. P. de L. **Justiça distributiva e saúde**: uma abordagem igualitária. 2017, 204 f, Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002893657>. Acesso em: 14 jan. 2022.

SOUSA, F. *et. al.* **Polícia Militar do Maranhão**: apontamentos para a sua história/Polícia Militar do Maranhão: São Luís: PMMA, 2006.

SOUZA, E. R. *et al.* Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1297-1311, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Mv8nPJ5DtPxMLNcJnwZ9rjq/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2021.

SPODE, C. B., MERLO, A. R. C. Trabalho policial e saúde mental: Uma pesquisa junto aos capitães da polícia militar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005; 19(3): 362-370. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/mDgQTP4RT35mgm9Cg86bjxP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 de nov. 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Brasil. **ADI: 2076 AC**, Relator: CARLOS VELLOSO, Data de Julgamento: 15/08/2002, Tribunal Pleno, Data de Publicação: DJ 08-08-2003 PP-00086. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/773544/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-2076-ac>. Acesso em: 12 dez. 2021.

TENENTE-coronel da PM mata mulher e depois tira a própria vida, no Maranhão. **Portal G1**. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/tenente-coronel-da-pm-mata-mulher-e-depois-tira-a-propria-vida-no-maranhao.ghtml>. Acesso em: 10 dez. 2021.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008.

VIOLANTI, J. M. et al. Is suicide higher among separated/retired police officers? An epidemiological investigation. **International Journal of Emergency Mental Health**, v. 13, n. 4, p. 221-228, 2011.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv**, v. 22, n. 3, p. 429-45, jul. 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1644507/>. Acesso em 23 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf). Acesso em: 22 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. **Mental health**. Suicide data. Age-standardized suicide rates (per 100.000 population), both sexes. Geneva, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>. Acesso em: 6 set. 2018.

ZILLE, L. P. **Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional em gerentes: estudos em organizações brasileiras de diversos setores**. Belo Horizonte: CEPEAD/UFMG, 2005.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – OFÍCIO Nº 15/2020 – PPGDIR/UFMA



## UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 - São Luís - Maranhão.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E  
INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA - PPGDIR



Ofício Nº 015/2020 PPGDIR/UFMA

São Luís, 01 de junho de 2020.

A Sua Senhoria o Senhor Pedro de Jesus Ribeiro dos Reis  
Cel. QOPM – CMT Geral da PMMA  
Quartel do Comando Geral da Polícia Militar do  
Maranhão Assunto: autorização para pesquisa  
acadêmica.

Prezado Senhor,

1. Cumprimentando-o, no intuito de subsidiar projeto de pesquisa realizado por Lucas Daniel Fernandes Cardozo, discente deste programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, que possui como título “**Direito à Saúde e Polícia Militar do Maranhão**: uma análise da eficácia do Direito de acesso às Políticas Públicas de Saúde no combate e prevenção aos suicídios dos Policiais Militares no período de 2016 a 2020”, orientado pela Professora **Dr<sup>a</sup>. Edith Maria Barbosa Ramos**, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para que o referido mestrando tenha acesso às seguintes informações:

- Efetivo geral (em atividade) atualizado desta Corporação, ou seja, todos os policiais que ainda não aposentaram, incluindo

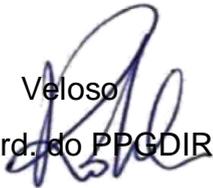
os que estejam afastados por férias, licenças ou outros motivos;

- Número de Policiais Inativos, todos os policiais que estão na reserva remunerada ou reformados;
  - Número de suicídios e/ou tentativas de suicídios na PMMA no período de 2016 a 2020;
  - Número de atendimento à saúde no geral e especificamente os atendimentos em saúde mental;
- 
- A respeito do grupo de trabalho de assistência à saúde mental destinado a policiais militares e/ou a familiares dentro da corporação, quantos integrantes compõe esse núcleo? Qual a preciosidade de atuação desse grupo? Quantos atendimentos mensais são realizados? Quantos policiais são possíveis de atender?
  - A existência de alguma política, programa ou assistência prestada pela corporação aos familiares de policias que vão óbito por suicídio.

2 Desde já agradecemos o apoio dessa importante instituição de nosso Estado e nos colocamos à disposição para qualquer outra explicação que se fizer necessária.

Atenciosamente,

Veloso  
Coord. do PPGDIR



Prédio da Antiga Faculdade de Direito  
Rua do Sol, 117, Centro - São Luís – MA – Brasil  
CEP: 65020-909 Fone(98) 3272-8453/8454 - Site:  
[www.ppgdir.ufma.br](http://www.ppgdir.ufma.br)  
E-mail: [secretaria-ppgdir@hotmail.com](mailto:secretaria-ppgdir@hotmail.com)

## APÊNDICE B – MEMORANDO Nº 023/2020 – CAPS/DSPS



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO**  
**DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL**  
**DIVISÃO CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL.**

*Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Collina - Fone: 06698 3227-6338 - e-mail: pmma@pmma.ma.gov.br*

São Luís-MA, 02 de junho de 2020.

### Memorando nº 023/2020 – CAPS/DSPS

**Da:** Ten Cel QOSPM Chefe do CAPS da PMMA.  
**Ao:** Major QOPM Chefe da Divisão Administrativa  
**Assunto:** Informação.  
**Protocolo:** S/Acesso.

Considerando o ofício Nº015/2020 PPGDIR/UFMA, infirmo para conhecimento que este CAPS é composto por uma equipe de 18 (dezoito) profissionais de saúde, sendo 08 (oito) Psicólogos, 06 (seis) Assistentes Sociais, 03 (três) Fisioterapeutas, 01 (Um) Psiquiatra Civil, incluindo os profissionais técnicos que trabalham no Núcleo de Assistência e Promoção Social, o NAPS/PMMA, que funciona na cidade de Imperatriz-MA.

O Centro dispõe atualmente de um Grupo de policiais militares “Grupo Superação”, que funciona semanalmente com cerca de 05 a 15 participantes, coordenado por 01 Assistente Social e 01 Psicólogo, com reuniões direcionadas para a dependência química. Possui também um Grupo de Gerenciamento de Estresse, desenvolvido pelo setor de Psicologia, que funciona 3x vezes ao mês com aproximadamente 10 a 12 participantes. Há também o Programa de Preparação para Reserva Ativa realizado 02 vezes por ano, contando com a participação de 50 policiais no total.

O CAPS oferece apoio e atendimento psicossocial a todos os familiares de policiais militares falecidos, independente da causa mortis. No momento em que o CAPS é notificado da morte de um policial, o sobreaviso Serviço Social é acionado para se fazer presente no local ou oferecer orientações por telefone à família enlutada acerca das necessidades daquele momento, bem como ao auxílio funeral que tem direito. No momento do velório, o sobreaviso de Psicologia é acionado para dar suporte e oferecer os serviços do CAPS.

Quanto aos atendimentos, nos últimos 04 (quatro) anos este Centro realizou, até o momento, cerca de 20 mil atendimentos, sendo 8928 somente no ano de 2019, dentre estes,

orientações, visitas (hospitalar e domiciliar), acompanhamento, palestras psicoeducativas, avaliações psicológicas, etc. tanto aos policiais quanto aos seus dependentes diretos. Ressalta-se que com a chegada de novos psicólogos no segundo semestre de 2018, seguida da implantação de um Núcleo de Assistência em Imperatriz, os números aumentaram significativamente.

Diante do atual número de profissionais que a PMMA dispõem, bem como da estrutura disponível na Diretoria de Saúde e Promoção Social (02 salas para atendimento psicológico, 01 sala para atendimento do Serviço Social, 02 salas de Fisioterapia), o CAPS tem condições de atender, em média, cerca de 250 a 500 policiais por mês, podendo ser um pouco mais a depender da frequência de atendimentos (semanal, quinzenal ou mensal).

Entre o ano de 2016 a 2020, tivemos 09 suicídios de policiais, sendo 08 homens e 01 mulher. O número de tentativas de suicídio, este Centro só dispõem destes dados a partir de Agosto de 2019, sendo 15 o número de tentativas.

Atenciosamente,

  
TEN CEL. QOSPM CRISTIANE CASIMIRO DA SILVA LUNA  
Chefe do CAPS da PMMA

## APÊNDICE C – MEMORANDO Nº 018 – DIVISÃO MÉDICA - DSPS



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL  
Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA

São Luís - MA, 03 de Junho de 2020

**Memorando nº. 018/20 – Divisão Médica - DSPS**

**Do:** Ten Cel QOSPM Chefe da Divisão Médica  
**Ao:** Cel QOSPM Diretor de Saúde da PMMA  
**Assunto:** Informação

Considerando o Ofício °015/2020 PPGDIR/UFMA, Informo para conhecimento que esta Divisão Médica é composta por 26 Médicos, sendo 20 profissionais atuando na Região Metropolitana, 03 na cidade de Imperatriz - MA e 03 na cidade de Caxias – MA. Nas seguintes especialidades:

- Pediatria
- Ginecologia e obstetria
- Cirurgia Geral
- Coloproctologia
- Otorrinolaringologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Radiologia
- Clínica médica
- Nefrologia
- Cardiologia
- Dermatologia
- Anestesiologia
- Medicina do esporte

### ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Junta Militar de Saúde (JMS)

- Junta Militar de Saúde Ordinária (JMO)
- Junta Militar de Saúde Especial (JME)
- Junta Militar de Inclusão (JMI)

Visita Médica  
 Plantão/Médico de Dia (24 horas)  
 Visitas Hospitalares  
 Avaliação/Transporte de Pacientes  
 Avaliação/Controle dos Custodiados no Presídio  
 TAF – promoção, cursos, CFO, CFAP  
 Consultas Ambulatoriais  
 Ações Civico-sociais  
 Aulas na APMGD  
 Campanhas de Saúde  
 Reestruturação do Edital para entrada no CFO

#### ATIVIDADES AMBULATORIAIS:

TABELA DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO BIÊNIO 2018/2019

Órdem	Ano	Visitas Médicas	JMS	Avaliação/ Reinclusão
01	2018	1324	2235	189
02	2019	936	1645	91

  
 1º Ten QOSPM Mauricio  
 Médico  
 QOSPM-MA 5610  
 TC QOSPM Solange D'Jesus Almeida Frazão  
 Chefe da Divisão Médica

## APÊNDICE D – OFÍCIO Nº 164/2020-DP/1



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO**  
**DIRETORIA DE PESSOAL**

Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau. Fone: (98) 2016-8423. E-mail: [proscoddp1@gmail.com](mailto:proscoddp1@gmail.com)

São Luís-MA, 03 de junho de 2020.

Ofício nº 164/2020-DP/1

Do Cel QOPM Diretor de Pessoal da PMMA  
 Ao Cel QOPM Comandante Geral da PMMA  
 Assunto: Informação  
 Ref: Ofício 015/2020 PPGDIR/UFMA

Senhor Comandante,

Em atenção ao Ofício em referência, após levantamentos realizados pela DP/1, DP/4 e DP/5, encaminho a Vossa Senhoria as informações solicitadas conforme quesitos estabelecidos no projeto de pesquisa:

QUESITOS DA PESQUISA	DADO LEVANTADO
<i>Efetivo Geral (em atividade) atualizada da Corporação, ou seja, todos os policiais que ainda não aposentaram, incluindo os que estejam afastados por férias, licenças e outros motivos</i>	11.081 (Onze mil e oitenta e um) Militares Ativos
<i>Número de policiais inativos, todos os policiais que estão na Reserva Remunerada ou Reformados;</i>	4.140 (Quatro mil cento e quarenta) Policiais Inativos

Fonte: Sistema da Folha de Pagamento da SEGEP-atualizado em maio de 2020

Quanto ao quesito *Número de suicídios e/ou tentativas de suicídios na PMMA no período de 2016 a 2020*, segue as informações conforme tabela abaixo:

2016		2017		2018		2019		2020		Total	
Oficiais	Praças										
0	1	1	0	0	2	0	2	0	1	1	6
1		1		2		2		1		7	

Fonte: Dados levantados pela DP/4 - Inativos

Respeitosamente,

  
 Cel QOPM Glauber Miranda Silva  
 Diretor de Pessoal da PMMA

  
 Cel QOPM Glauber Miranda Silva  
 CPF: 474.604.883-87  
 Mat. 118200

POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
 Gabinete do Comandante Geral

RECEBIDO

DATA 03/06/20 HORA 15:04

Protocolista Sd Thaisy pg. 23

**APÊNDICE E – OFÍCIO Nº 177/2020 - DSPS**



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO**  
**DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL**  
*Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA*

São Luís - MA, 03 de junho de 2020.

**Ofício nº177/2020 – DSPS**

**Do:** Cel QOSPM Diretor de Saúde/PMMA

**Ao:** Cel. QOPM Cmt Geral da PMMA

**Assunto:** Informação

**Anexo:** Memorando nº023/2020-CAPS/DSPS

Memorando nº018/2020-DIV.MÉDICA.

**Protocolo:** Inoperante

Em resposta ao despacho exarado no Ofício nº015/2020-PPGDIR/UFMA, datado de 01 de Junho de 2020, solicitando autorização para pesquisa acadêmica. Segue em anexo as informações solicitadas de responsabilidade desta Diretoria de Saúde e Promoção Social.

Cordialmente,

1º Ten QOSPM Mauricio  
 Médico  
 CRM-MA 5610  
 N 2 CEL QOSPM - ALBERTO NASSER DUARTE SANTOS  
 Diretor de Saúde e Promoção Social da PMMA

POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
 Gabinete do Comandante Geral  
 RECEBIDO  
 03.06.20 HORA 14:55  
 Sd Thaisy

pg. 23

**APÊNDICE F – OFÍCIO Nº 549/2020 – GCG**



**ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
GABINETE DO COMANDANTE GERAL**

Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA, Telefax: (98) 2016-8400/8401.  
E-mail: gcgpmma@gmail.com

**Ofício nº 549/2020 - GCG**

São Luís (MA), 03 de junho de 2020.

A Sua Senhoria o Senhor

**ROBERTO CARVALHO VELOSO**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça  
– PPGDIR, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.  
Rua do Sol, 117, Centro, São Luís-MA. CEP 65020-909.

**Assunto: Remessa de documento**

**Referência: Ofício nº 015/2020 – PPGDIR/UFMA, de 01/06/2020;**

**Anexo: Ofício nº 164/2020 – DP/1, de 03/06/2020; Ofício nº 177/2020 – DSPS, de 03/06/2020.**

Senhor Coordenador,

Ciente do papel social desempenhado por esta r. Universidade e da importância da pesquisa acadêmica para melhoria da realidade institucional, encaminho a Vossa Senhoria, em anexo, as informações solicitadas para subsidiar o relevante projeto de pesquisa do mestrando Lucas Daniel Fernandes Cardozo.

Atenciosamente,

**CEL QOPM PEDRO DE JESUS RIBEIRO DOS REIS  
Comandante Geral da PMMA**

## APÊNDICE G – OFÍCIO Nº 04/2021 PPGDIR/UFMA



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão.

#### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA - PPGDIR



OFÍCIO Nº 04/2021 PPGDIR/UFMA

São Luís/MA, 22 de março de 2021.

A Sua Senhoria o Senhor  
Pedro de Jesus Ribeiro dos Reis  
Cel. QOPM - CMT Geral da PMMA

**Assunto:** autorização para pesquisa acadêmica.

Prezado Senhor

1. Cumprimtando-o, no intuito de subsidiar projeto de pesquisa realizado por discente desse programa de pós-graduação, Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Lucas Daniel Fernandes Cardozo, que possui como título, **Direito à Saúde e Polícia Militar do Maranhão**: uma análise da eficácia do Direito de acesso às Políticas Públicas de Saúde no combate e prevenção aos suicídios dos Policiais Militares no período de 2016 a 2021, orientado pela Professora **Dr<sup>a</sup>. Edith Maria Barbosa Ramos**.

2. Ressalto que intuito da pesquisa é de caráter analítico descritivo, enaltecendo as Políticas Públicas realizada pela corporação, bem com, contribuir o aperfeiçoamento da mesma em prol dos integrantes desta instituição, tratando-se de um trabalho de caráter acadêmico científico.

3. Diante do exposto, solicito os seguintes dados:

- Efetivo geral (em atividade) atualizado desta Corporação, ou seja, todos os policiais que ainda não aposentaram, incluindo quem esteja afastado por férias licenças ou outros motivos;
- Número de Policiais Inativos, todos os policiais que estão reserva remunerada ou reformados;
- Número de suicídios e/ou tentativas de suicídios na PMMA no período de 2016 a 2021 (março);
- Número de atendimento a saúde no geral e especificamente os atendimentos em saúde mental;
- A respeito do grupo de trabalho de assistência a saúde mental destinado a policiais militares e/ou a familiares dentro da corporação, quantos integrantes compõe esse núcleo? Qual a preciosidade de atuação desse grupo? Quantos atendimentos mensais são realizados? Quantos policiais são possíveis de atender?
- A existência de alguma política, programa ou assistência prestada pela corporação aos familiares de policiaes que vão óbito por suicídio.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Roberto Carvalho Veloso**  
Coordenador do PPGDIR/UFMA

Prédio da Antiga Faculdade de Direito  
Rua do Sol, 117, Centro - São Luís - MA - Brasil CEP: 65020-909  
Fone(98) 3272-8453/8454 - Site: www.ppgdir.ufma.br  
E-mail: secretaria-ppgdir@hotmail.com

## APÊNDICE H – OFÍCIO Nº 46/2021 – DIVISÃO MÉDICA/DSPS



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL

*Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP: 65.074-220; São Luís/MA*

São Luís - MA, 23 de Abril de 2021.

Ofício nº 46/2021 – Divisão Médica/DSPS

**Do:** TC QOSPM Ca da Div Médica da PMMA.

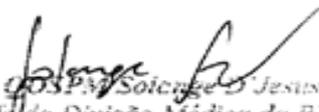
**Ao:** CEL QOSPM Dir de Saúde da PMMA.

**Assunto:** Informação

Senhor Diretor,

Em resposta ao Ofício nº 04/2021 - PPGDIR/UFMA, referente a solicitação de informações quanto ao "número de atendimentos a saúde ao geral" realizados pela Diretoria de Saúde e Promoção Social no período de 2016 a 2021, a Divisão Médica vem informar que realiza em média cerca de 6.000 atendimentos/ano. Portanto, no período entre Janeiro de 2016 e Março de 2021 totalizou-se aproximadamente 31.500 atendimentos realizados pela Divisão Médica. Estes dados dizem respeito a atendimentos clínico-ambulatoriais, Junta Militar de Saúde Ordinária, Junta Militar de Saúde Especial e Junta Militar de Inclusão.

Respeitosamente,

  
Ten. Cel. QOSPM Solange D'Jesus A. Frazão  
Chefe da Divisão Médica da PMMA.

## APÊNDICE I – OFÍCIO 149/2021-DP/1



ESTADO DO MARANHÃO  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
DIRETORIA DE PESSOAL

Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Caixa Postal 194, 20.0-9423, Anápolis, Maranhão, Brasil

São Luís, 03 de maio de 2021.

Ofício nº 149/2021-DP/1

Da Ca. QOPM/Diretoria de Pessoal  
Ao Cel. QOPM/Comandante-Geral,  
Assunto: Fornecimento de informações  
Anexo: Cópia do Ofício nº 004/2021  
PPCIS/DP) de 22 de março de 2021.

Senhor Comandante,

Em referência ao Ofício nº 004/2021, de 22 de março de 2021, que versa sobre pesquisa acadêmica desenvolvida pelo discente Lucas Daniel Fernandes Garfias, que possui como título “Direito à Saúde e Polícia Militar do Maranhão: uma análise da eficácia do Direito de Acesso às Políticas Públicas de Saúde no tocante e pertencente aos servidores dos Policiais Militares no período de 2016 a 2021”, tendo como orientadora a Professora Dr.ª Edna Maria Barbosa Barros, informamos que apenas as questionamentos levantados no item 1, 2 e 3 são da competência desta Diretoria de Pessoal, os demais dizem respeito a atribuições de outros setores da Corporação, como o Centro de Atenção Psicossocial da PMMA (CAPS).

Desta feita, não será possível fornecer todas as informações solicitadas em razão de não possuímos os dados inerentes às questões.

1. Efetivo geral (em atividade) atualizado desta Corporação, ou seja, todos os policiais que ainda não se aposentaram, incluindo quem esteja afastado por férias, licenças ou outros motivos.

Atualmente, o efetivo geral da PMMA é de 11 mil e dezessete policiais militares, envolvendo praças e oficiais que se encontram nas atividades rotineiras, quantitativo atualizado até o mês de março de 2021.

POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
Gabinete do Comandante-Geral  
RECEBIDO  
DATA 05/05/21 HORA 14:36  
MARCOS EDUARDO ROCHA

**2. Número de Policiais Inativos, todos os policiais que estejam na reserva remunerada ou reformados.**

Conforme informações fornecidas pela Subseção de Inativos (DP4-1), até o mês de março de 2021 consta nos registros o quantitativo de 4.144 (quatro mil, cento e quarenta e quatro) militares na inatividade, envolvendo reserva remunerada, reserva não remunerada e reformados.

**3. Número de suicídios e/ou tentativas de suicídios na PMPA no período de 2016 a 2021 (março).**

De acordo com informações fornecidas pela Subseção de Inativos (DP4-1), responsável pelo recebimento de informação relativa a fatos ocorrentes de suicídio, no intervalo solicitado 10 (dez) militares se suicidaram, sendo diversas as causas que provocaram o ato extremo, conforme tabela abaixo:

ORD	GRAD	NOME	LOG	MOTIVO	SALECO
1	CAD	CARLOS VINÍCIUS FERREIRA CALDAS	AFMGD	DEPRESSÃO	25/03/2021
2	SD	RONACIO FERREIRA LIMA	19º BPM	DEPRESSÃO	22/10/2020
3	CB	DOUGLAS DE SOUSA PONTOS	3º BPM	DEPRESSÃO	31/05/2020
4	CB	*EUCLIDES VIEIRA DE SOUZA FILHO	18º BPM	FEMINICÍDIO	28/07/2019
5	SD	CLAUDIA SUELLEN CAVALCANTE SERRA	7º BPM	DEPRESSÃO	19/10/2019
6	SD	ITALO BRUNO DOS SANTOS CHAVES	7º BPM	ESTRESSE	19/11/2019
7	SD	JARDESON VIANA DO VALE	19º BPM	DEPRESSÃO	27/05/2018
8	2ºSGT	*MARCOS VINÍCIOS GOMES DA COSTA	AFMGD	FEMINICÍDIO	05/05/2018
9	TC	*MIGUEL GOMES NETO	QCG	FEMINICÍDIO	11/05/2017
10	CB	*EDWIM ALDRIM CARVALHO	19º BPM	FEMINICÍDIO	21/05/2015

\*suicídio cometido após suposta prática de feminicídio.

Por oportuno, lamentamos não poder contribuir de forma mais robusta com os objetivos da pesquisa, entretanto, manifestamos modo apóio para que o resultado final do trabalho seja alicarção com mérito e louvor.

Respeitosamente,

  
 Cel QOPM Glauber Miranda Silva  
 Diretor de Pessoas da PMPA

## APÊNDICE J – OFÍCIO Nº117/2021 – CAPS/DSPS



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO**  
**DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL**  
**DIVISÃO CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL - CAPS**  
 Av Jerônimo de Albuquerque s/n, Calhau. Fone: 0xx98 3227-6338, caps.pmma@hotmail.com  
 Site: www.pm.ma.gov.br

São Luís-MA, 18 de maio de 2021

**Ofício nº 117/2021 – CAPS/DSPS**

**Da:** Ten Cel QOSPM Chefe do CAPS da PMMA.  
**Ao:** Cel QOSPM Diretor de Saúde da PMMA.  
**Assunto:** Informação.  
**Protocolo:** S/Acesso

Em resposta ao Ofício nº 04/2021 PPGDIR/UFMA, datado de 22 de março de 2021, segue os seguintes dados:

- **Número de suicídios e/ou tentativas de suicídio na PMMA no período de 2016 a 2021 (março);**

2016	2017	2018	2019	2020	2021
* Não temos dados	01	03	13	16	05

- **Número de atendimento a saúde no geral e especificamente os atendimentos em saúde mental;**

2016	2017	2018	2019	2020	2021
*Não temos dados	3.930	6.894	8.924	5.160	?

- **A respeito do grupo de trabalho de assistência a saúde mental destinado a policiais militares e/ou familiares dentro da corporação, quantos integrantes compõem esse núcleo? Qual a preciosidade da atuação desse grupo? Quantos atendimentos mensais são realizados? Quantos policiais são possíveis de atender?**

Os programas a seguir não acontecem de maneira continuada, por necessitarem de verba, local apropriado, dentre outras demandas, no entanto acontecem sempre que possível diante das disponibilidades dos profissionais e das unidades.

<p><b>1. atendimentos ambulatoriais nas áreas de Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social de Segunda à Sexta de 07h30 às 19h.</b>  Nº de Profissionais: 02 Assistentes Sociais em São Luis e 02 em Imperatriz; 02 Fisioterapeutas; 08 Psicólogos em São Luis e 01 em Imperatriz.  O CAPS tem uma média de 500 atendimentos mensais, sendo que a metade destes é de policiais militares e a outra metade de seus dependentes diretos.</p>
<p><b>2. Caps Itinerante</b>  Realizar palestras de sensibilização e psicoeducativas para os policiais militares das unidades do interior do Estado. Ex: <i>Uso abusivo de álcool e drogas; Gerenciamento do Estresse Ocupacional; Saúde do Policial; Prevenção ao Suicídio Policial; Prevenção às DST's e AIDS.</i></p>
<p><b>3. Prevenção ao Transtorno de Estresse Pós Traumático</b>  Prestar apoio psicológico aos policiais que se envolvem em incidentes críticos. O policial deve ser encaminhado até 72h após a ocorrência para assim, tentarmos prevenir aparecimento de transtornos maiores.</p>
<p><b>4. Gerenciamento do Estresse Baseado em Mindfulness</b>  Trabalho realizado em 08 encontros, individualmente ou em grupos, a fim de levar os policiais a aprenderem a gerenciar o próprio estresse e ansiedade do dia a dia.</p>
<p><b>5. Programa de Preparação para a Reserva Ativa</b>  Este programa visa estimular que estes profissionais busquem novas participações nos mais diferentes grupos sociais e resgatem o sentido de suas vidas, bem como dos vínculos familiares. O programa possibilitará a revisão de conceitos sobre aposentadoria bem como trabalhar questões de saúde, hábitos, rotinas e estilos de vida, possibilitando a construção ou o aprimoramento de um projeto de vida pessoal ou profissional.</p>
<p><b>6. Grupo Terapêutico Superação</b>  Este programa tem como objetivo proporcionar aos integrantes meios para que possam prevenir recaída do uso de substâncias psicoativas e outras drogas bem como o fortalecimento de vínculos familiares, profissionais e sociais. Funciona nos moldes de Grupos de Apoio como Alcoólicos Anônimos.</p>
<p><b>7. Ciclo de palestras com temas específicos</b>  Temas diversos voltados para policiais e dependentes.</p>

- A existência de alguma política, programa ou assistência prestada pela corporação aos familiares de policiais que vão a óbito por suicídio.

**APÊNDICE K – OFÍCIO Nº 255/2021 - DSPS**



**ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL**

*Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA fone: 3268-2710- e-mail dspspmua@hotmail.com*

São Luís - MA, 18 de Maio de 2021.

**Ofício nº 255/2021 – DSPS**

**Do:** Ten.Cel QOSPM Diretor de Saúde da PMMA  
**Ao:** Cel QOPM Comandante Geral da PMMA  
**Anexo:** ofícios nº 46/21-div. Médica e 117/21-CAPS  
**Assunto:** Informação

Em resposta ao Ofício nº 04/2021 – PPGDIR/UFMA, e cumprindo determinação do Senhor Comandante geral, encaminho para conhecimento e providências a documentação em anexo, que versa sobre a solicitação de dados para subsidiar programa de pós-graduação da Universidade Federal do Maranhão.

Respeitosamente,

TEN CEL QOSPM WILLIAM DE SAUDE  
 Diretor de Saúde e Promoção Social

*[Handwritten Signature]*  
 TEN CEL QOSPM WILLIAM DE SAUDE PEREIRA  
 Diretor de Saúde e Promoção Social da PMMA  
 Matr. 95398

POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
 AJUDÂNCIA GERAL  
 SERVIÇO DE PROTOCOLO  
 Processo nº 77319/2021  
 Documento nº  
 Data: 18/05/2021 às 15:40  
*[Handwritten Signature]*  
 Protocolista

**APÊNDICE L – OFÍCIO Nº 811/2021 - GCG**



**ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
GABINETE DO COMANDANTE GERAL**

Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA, Telefax: (98) 2016-8400/8401.  
E-mail: gcgpmma@gmail.com

**Ofício nº 811/2021 - GCG**

São Luís (MA), 19 de maio de 2021.

A Sua Senhoria o Senhor

**PROF. DR. ROBERTO CARVALHO VELOSO**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça – PPGDIR, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.  
Rua do Sol, 117, Centro, São Luís-MA. CEP 65020-909.

Assunto: **Remessa de documento**

Referência: **Ofício nº 004/2021 – PPGDIR/UFMA, de 22/03/2021;**

Anexo: **Ofício nº 149/2021 – DP/1, de 03/05/2021; Ofício nº 255/201 – DSPS, de 18/056/2020.**

Senhor Coordenador,

Em atenção ao ofício em referência, que versa sobre pedido de informações para subsidiar projeto de pesquisa do mestrando Lucas Daniel Fernandes Cardozo, encaminho a Vossa Senhoria, em anexo, as informações solicitadas.

Outrossim, diante da relevância da temática abordada, aproveito o ensejo para solicitar a disponibilização de cópia do resultado final do trabalho em questão, para que sirva de esteio no processo de tomada de decisão inerente ao comando da Polícia Militar do Maranhão.

Atenciosamente,

**CEL QOPM PEDRO DE JESUS RIBEIRO DOS REIS  
Comandante Geral da PMMA**

## APÊNDICE M – OFÍCIO nº 001/2022 – PPGDIR/UFMA



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E  
INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA - PPGDIR



OFÍCIO nº 001/2022

São Luís, 31 de janeiro de 2022

De: Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da UFMA

Para: Cel. QOPM Cmt. Geral.

Assunto: Informações para pesquisa.

Sirvo-me do presente para solicitar seus bons préstimos no sentido de autorizar ou fornecer as presentes informações para subsidiar projeto de pesquisa realizado por discente deste Programa de Pós-graduação e Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, **Lucas Daniel Fernandes Cardozo**, que possui como título, **DIREITO À SAUDE E POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO MARANHÃO**: uma avaliação da eficácia das políticas públicas de combate e prevenção ao suicídio no período de 2016 a 2021, orientado pela Professora Dr<sup>a</sup>. Edith Maria Barbosa Ramos.

Diante do Exposto, solicito os seguintes dados:

- Efetivo geral (em atividade) atualizado desta Corporação, ou seja, todos os policiais que ainda não se aposentaram, incluindo quem esteja afastado por férias, licenças ou outros motivos. Ressalto que essa informação necessita de separação por gênero (masculino ou feminino), ex: quantidade do sexo masculino e feminino;
- Número de policiais inativos, ou seja, todos os policiais que estão na reserva remunerada ou reformados, por gênero também;
- Número de suicídios entre policiais no período de 2016 a 2021 com suas possíveis causas?

Consolidar  
avanços  
e vencer  
desafios

Prédio da Antiga Faculdade de Direito  
Rua do Sol, 117, Centro - São Luís - MA - Brasil CEP: 65020-909  
Fone(98) 3272-8453/8454 - Site: www.ppgdir.ufma.br  
E-mail: secretaria-ppgdir@hotmail.com



## UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 - São Luís - Maranhão.

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA - PPGDIR



- Em relação a esses suicídios, os policiais estavam em tratamento, acompanhamento médico ou algum programa?
- Número de tentativas de suicídios ou ideações suicidas identificadas em atendimentos na Corporação no período de 2016 a 2021;
- Número de atendimento à saúde dos policiais na PMMA nesse período;
- Número de atendimentos à saúde mental dos policiais no período de 2016 a 2021, especificando:
- Quantos policiais estão em atendimento atualmente relacionado a saúde mental? Qual gênero deles? Qual estado civil? Possuem filhos? Qual a idade? Quantos anos de serviço?
- Durante esse período de 2016 a 2021, foi implementada alguma política institucional na prevenção e combate ao suicídio e/ou tentativas entre policiais militares? Exemplo: Programas, palestras e outros? Caso positivo, qual público atendeu? Quantidade de policiais atingidos ou beneficiados.
- Qual procedimento adotado pela PMMA nos casos de suicídios? No geral e em relação aos familiares da vítima.
- No caso de suicídios na PMMA, é desenvolvido algum trabalho com os policiais próximos à vítima, que trabalhavam na mesma unidade?
- Qual o procedimento para policiais diagnosticados com problemas relacionados a saúde mental? São afastados? Tiram licença para tratamento? Como ocorre o retorno à atividade?
- Especificar o tramite de licença para tratamentos relacionados a saúde mental;
- Como ocorre o procedimento caso seja necessário aposentar?

Consolidar  
avanços  
e vencer  
desafios

Prédio da Antiga Faculdade de Direito  
Rua do Sol, 117, Centro - São Luís - MA - Brasil CEP: 65020-909  
Fone(98) 3272-8453/8454 - Site: www.ppgdir.ufma.br  
E-mail: secretaria-ppgdir@hotmail.com



## UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 - São Luís - Maranhão.

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA - PPGDIR



- A Junta Médica de Saúde da Corporação possui médico Psiquiatra? Caso negativo, como é feito o atendimento aos policiais que necessitem de atendimento?
- Qual o atual efetivo do setor responsável pela prevenção e promoção da saúde mental na PMMA? Quais profissionais integram? São policiais ou cedidos por outro órgão ou terceirizados?

Aproveito o ensejo para solicitar autorização e colaboração no intuito de que seja disponibilizada resposta a uma entrevista semiestruturada, em anexo, com o Gestor Master (Comandante Geral), Chefe do CAPS, assistente social do setor e outro profissional técnico que atue nessa área.

Atenciosamente,

Prof. Dr. **ROBERTO CARVALHO VELOSO**  
Coordenador do PPGDIR /UFMA



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 - São Luís - Maranhão.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E  
INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA - PPGDIR



## ANEXO

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1- Qual sua visão sobre saúde mental no que diz respeito a relação com a atividade policial militar?
- 2- Como vossa senhoria enxerga o tratamento dispensado aos policiais militares do maranhão com relação a saúde mental?
- 3- Quais as maiores demandas relacionadas à saúde mental entre os policiais militares? Tipo de diagnósticos (estresse pós-traumático, depressão, transtornos, etc.).
- 4- Como a PMMA cuida dos policiais militares que sofreram algo que possa afetar diretamente sua saúde mental?
- 5 - Qual seu entendimento sobre a depressão (e demais transtornos mentais) e seus impactos na atividade policial militar?
- 6 - De acordo com seu conhecimento, quais os maiores problemas que afetam os policiais e podem causar-lhes adoecimentos relacionados à saúde mental (insatisfação com salário, vida conjugal, dívidas, alcoolismos, dependência químicas, ambiente laboral, outros a citar)?
- 7 - Qual sugestão teria para um melhor tratamento a saúde mental na corporação?
- 8- Considera o setor médico suficiente para atender às demandas da corporação?
- 9 - Em casos de suicídios cometidos por policiais, vossa senhoria entende como caso isolado ou como evento que pode afetar outros policiais e até mesmo a unidade onde ele trabalha?
- 10 - Nos casos de suicídios, como a PMMA age em relação aos familiares dos policiais?

Consolidar  
avanços  
e vencer  
desafios

Prédio da Antiga Faculdade de Direito  
Rua do Sol, 117, Centro - São Luís - MA - Brasil CEP: 65020-909  
Fone(98) 3272-8453/8454 - Site: [www.ppgdir.ufma.br](http://www.ppgdir.ufma.br)  
E-mail: [secretaria-ppgdir@hotmail.com](mailto:secretaria-ppgdir@hotmail.com)

**APÊNDICE N – MEMORANDO Nº 16/2022 – CAPS/DSPS**



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO**  
**DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL**  
**DIVISÃO CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL**  
*Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Caixa. Fone: 0xx98 3227-6338. www.pmmma.maranhao.gov.br*

São Luis-MA, 07 de fevereiro de 2022

**Memo nº 16/2022 – CAPS/DSPS**

**Da:** Ten Cel QOSPM Chefe do CAPS da PMMA.  
**Ao:** Maj QOPM Chefe da Divisão Administrativa.  
**Assunto:** Informações para pesquisa.

Senhor,

Vimos por meio deste, apresentar as informações solicitadas e pertinentes ao CAPS em resposta ao ofício nº001/2022 a respeito da pesquisa “Direito à Saúde e Polícia Militar do Estado do Maranhão”, do discente (Major) Lucas Daniel Fernandes Cardozo:

1. Pertinente à DP;
2. Pertinente à DP;
3. 12 PMs;
4. Somente um policial realizou acompanhamento com Psicólogo neste período (no ano de 2021, Cad PM);
5. 40 PMs;
6. Pertinente à JMS;
7. 6.383 atendimentos no geral considerando militares e dependentes.
8. Atualmente estão em atendimento 72 policiais militares, sendo 30 mulheres e 42 homens.
9. Ao longo de todo o ano e principalmente em setembro: mês de combate ao suicídio, são realizadas pelos os profissionais deste centro palestras psicoeducativas de prevenção de

suicídio nas unidades da capital e do interior do Estado. Essas palestras entre 2016 e 2021 alcançou 8.700 policiais.

10. A equipe de sobrevivência é acionada via CMD Geral, Comandante direto do PM ou Superior de Dia. O Serviço Social mantém contato com familiares para realizar acolhimento e orientações, posteriormente, a equipe se desloca ao velório do militar (Psicólogo e A.S.), e na ocasião é ofertado aos dependentes diretos e demais militares acompanhamento especializado;
11. Sim, quando solicitado pelo CMD do PM, é designada uma equipe para realizar um trabalho em grupo, bem como ofertado aos companheiros o atendimento individual;
12. Pertinente à JMS;
13. Pertinente à JMS;
14. Pertinente à JMS;
15. Pertinente à JMS;
16. Atualmente o setor possui 10 Psicólogos na capital e 1 em Imperatriz; 2 A.S. na capital e 2 em Imperatriz e 1 Psiquiatra cedido pela Secretaria de Saúde na capital.

Atenciosamente,

  
 1º Ten. QOSPM- Milton  
 PSICÓLOGO  
 CRP-MA 02933

TEN CBL QOSPM CRISTIANE CASTRO DA SILVA LUNA  
 Chefe do CAPS da PMMA

**APÊNDICE O – OFÍCIO Nº 072/2022 - DSPS**



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO**  
**DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL**  
*Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA*

São Luís – MA, 10 de Fevereiro de 2022.

**Ofício nº 072/2022 – DSPS**

**Do: Cel QOSPM Diretor de Saúde da PMMA**  
**Ao: Sr. Cel QOPM Comandante Geral da PMMA**  
**Assunto: Informação**  
**Anexo: Memo. nº 16/2022 - CAPS/DSPS**

Em resposta ao Ofício nº 001/2022-UFMA e em cumprimento ao Despacho do Comandante Geral exarado no referido Ofício, encaminho o Memo. nº 16/2022 – CAPS/DSPS para conhecimento e providências.

Respeitosamente,

  
 Cel QOSPM Odilon Antônio Rios Mariz  
 Diretor de Saúde e  
 Promoção Social da PMMA  
 Matr. 98471  
**CEL QOSPM ODILON ANTÔNIO RIOS MARIZ**  
 Diretor de Saúde e Promoção Social da PMMA

10.02.22 14:19  
 Sgt. Souza  
 90

**APÊNDICE P – OFÍCIO Nº 24/2022-JMS/DSPS**



Nº Processo: _____/_____/_____
Recebido em: ____/____/____ às ____:____hs
_____ Assinatura



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO**  
**DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL**  
**JUNTA MILITAR DE SAÚDE**  
*Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Culhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA*

São Luís – MA, 16 de Fevereiro de 2022

**Ofício nº 24/2022-JMS/DSPS**

**Do:** TC QOSPM Presidente da Junta Militar de Saúde

**Ac:** CEL QOSPM Diretor de Saúde e Promoção Social da PMMA.

**Assunto:** Informação

Senhor Diretor,

Em resposta ao Ofício nº 001/222-UFMA, referente às questões pertinentes à JMS, respondemos o seguinte:

**Questão 12) Resposta:** O militar com problema mental é encaminhado para perícia médica na Junta Militar de Saúde, portando atestado médico emitido por médico Psiquiatra. O afastamento total pode ou não ser concedido, bem como restrições podem ser aplicadas (Ex. restrição de serviço noturno, restrição de porte de armamento). O retorno é gradual à medida que a avaliação da JMS é permissiva para tal.

**Questão 13) Resposta:** Policial deve ser atendido em consulta médico psiquiátrica e obter relatório/atestado médico sobre sua condição. Então, comparece à visita médica durante o 1º dia útil após a consulta. Será encaminhado à JMS para apresentação do laudo e retornará em data especificada para reavaliação, podendo ser necessário o anexo de novos documentos/pareceres/exames.

Recebido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_h

Assinatura

**Questão 14) Resposta:** Após a JMS julgar o policial incapaz definitivamente para o exercício, é preenchido a Ata de Inspeção de Saúde e após serem anexados outros documentos, são encaminhados à Diretoria de Pessoal em forma de processo para proceder a reforma.

**Questão 15) Resposta:** Sim. A JMS é composta por três oficiais médicos e 01 Psiquiatra civil.

Respeitosamente,

*TEN CEL QOSPM NIKOLAY COELHO DA MOTA*  
*Presidente da Junta Militar de Saúde*

  
T. Cel. QOSPM Nikolay  
CRM-MA 4460

## APÊNDICE Q – OFÍCIO Nº 090/2022 - DSPS



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
DIRETORIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL  
Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA

São Luís – MA, 16 de Fevereiro de 2022.

Ofício nº 090/2022 – DSPS

**Do:** Cel QOSPM Diretor de Saúde da PMMA  
**Ao:** Sr. Cel QOPM Comandante Geral da PMMA  
**Assunto:** Informação  
**Anexo:** Ofício nº24/2022 – JMS/DSPS.

Em resposta ao Ofício nº 001/2022-UFMA e em cumprimento ao Despacho exarado em folha pelo Sr. Comandante Geral da PMMA, encaminhado em anexo, o Ofício nº 24/2022 – JMS/DSPS, para conhecimento e providências.

Respeitosamente,

  
CEL QOSPM ODILON ANTÔNIO RIOS MARIZ  
Diretor de Saúde e Promoção Social da PMMA

Pg 126

24 02 22 17:36  
S. P. R. S. L.

## APÊNDICE R – OFÍCIO Nº 060/2022-DP/1



**ESTADO DO MARANHÃO  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
DIRETORIA DE PESSOAL**

Av. Getúlio de Albuquerque, s/n, Calhau. Fone: (98) 2016-8421. Email: [protocolo@ppl.orgmail.com](mailto:protocolo@ppl.orgmail.com)

São Luís, 24 de fevereiro de 2022.

**Ofício nº 060/2022-DP/1**

**Do** Cel QOPM Diretor de Pessoal da PMMA.  
**Ao** Cel QOPM Comandante-Geral  
**Assunto:** Informação referente ao OFÍCIO nº 001/2022, datado de 31/01/2022 Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da UFMA.

Senhor Comandante,

Em resposta ao ofício nº 001/2022, datado de 31/01/2022 do Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da UFMA, que versa sobre:

1. Efetivo geral (em atividade) atualizado desta Corporação, ou seja, todos os policiais que ainda não se aposentaram, incluindo quem esteja afastado por férias, licenças ou outros motivos. Ressalto que essa informação necessita de separação por gênero (masculino ou feminino), ex: quantidade do sexo masculino e feminino:

EFETIVO GERAL EM ATIVIDADE POR GENERO	
MASCULINO	9.759
FEMININO	996
<b>EFETIVO GERAL TOTAL</b>	<b>10.775</b>

pg 126  
 POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
 Gabinete do Comandante Geral  
 RECEBIDO  
 2022-22 HORAS 13:30  
 S. Z. Alves

2. Número de policiais inativos, ou seja, todos os policiais que estão na reserva remunerada ou reformados, por gênero também:

<b>EFETIVO GERAL NA INATIVIDADE POR GENERO</b>	
<b>MASCULINO</b>	4188
<b>FEMININO</b>	144
<b>EFETIVO GERAL TOTAL</b>	<b>4332</b>

Respeitosamente,

*Henry Martins Cruz*  
MAJOR QOPM  
Mac. T. 2023

**Cel QOPM Glauber Miranda Silva**  
Diretor de Pessoal da PMMA *u 2*

**APÊNDICE S – OFÍCIO Nº 204/2022 - CGC**



**ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
GABINETE DO COMANDANTE GERAL**

Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n, Calhau; CEP. 65.074-220; São Luís/MA, Telefax: (98) 2016-8400/8401.  
E-mail: gcgpmma@gmail.com

**Ofício nº 204/2022 - GCG**

São Luís (MA), 24 de fevereiro de 2022.

A Sua Senhoria o Senhor

**ROBERTO CARVALHO VELOSO**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça – PPGDIR, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.  
Rua do Sol, 117, Centro, São Luís-MA. CEP 65020-909.

**Assunto: Remessa de documento**

Referência: **Ofício nº 001/2022 – PPGDIR/UFMA, de 31/01/2022.**

Anexo: **Ofício nº 072/2022 – DSPS, de 10/02/2022; Ofício nº 090/2022 – DSPS, de 16/02/2022, de 16/02/2022; Ofício nº 060/2022-DP/1, de 24/02/2022; Portaria nº 027/2007-GCG, de 14/05/2007; Portaria nº 024/2016-GCG, de 29/03/2016; Portaria nº 037/2021-GCG, de 07/01/2021.**

Senhor Coordenador,

Ciente do papel social desempenhado por esta r. Universidade e da importância da pesquisa acadêmica para melhoria da realidade institucional, encaminho a Vossa Senhoria, em anexo, as informações solicitadas para subsidiar o relevante projeto de pesquisa do mestrando Lucas Daniel Fernandes Cardozo, que possui como título, “**DIREITO À SAÚDE E POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO MARANHÃO: uma avaliação da eficácia das políticas públicas de combate e prevenção ao suicídio no período de 2016 a 2021**”.

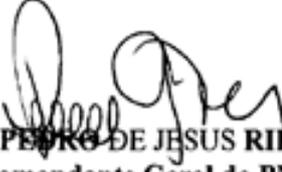
Esclareço, por oportuno, que a Polícia Militar do Maranhão tem preocupação especial com a saúde mental de seus membros e envida esforços para combater e prevenir a prática de suicídios, tanto por meio de assistência religiosa e espiritual aos militares e seus familiares, através da Capelania Militar, da Diretoria de Pessoal (DP), nos termos do que

  
 Pedro de Jesus Almeida dos Reis-Cel QOPM  
 Comandante Geral da PMMA  
 CPF: 290.607.963-49 Mat. 77263

determina o art. 6º, §1º, da Lei nº 8.950/2009<sup>1</sup>, quanto através de assistência psicológica, promovida pelo Centro de Assistência e Promoção Social (CAPS), da Diretoria de Saúde e Promoção Social (DSPS), cujas regulamentações encaminho em anexo.

Outrossim, relevante esclarecer que este signatário, com o objetivo de orientar os gestores quanto aos procedimentos mínimos necessários ao atendimento psicossocial dos policiais militares envolvidos em incidentes críticos – o que é inerente à atividade, por meio da Portaria nº 037/2021-GCG, de 14/05/2021, fixou as diretrizes para intervenção em casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático no âmbito da Polícia Militar do Maranhão.

Atenciosamente,

  
**CEL QOPM PEDRO DE JESUS RIBEIRO DOS REIS**  
**Comandante Geral da PM<sup>2</sup>MA**

Pedro de Jesus Ribeiro dos Reis-Cel QOPM  
Comandante Geral da PMMA  
CPF: 290.607.963-49 Mat. 77767

---

<sup>1</sup> Art. 6º. (...) § 1º. A Assistência Religiosa e Espiritual prestará auxílio espiritual, de modo estável e permanente, aos policiais militares, familiares e fiéis.

**ANEXOS**

## ANEXO A – PORTARIA Nº 027/2007 - CGC

**PORTARIA Nº 027/2007-GCG – Dispõe sobre a Coordenação do Centro de Assistência e Promoção Social da PMMA – CAPS.**

(BG 091/2007, de 17 de maio de 2007)

(1) O COMANDANTE GERAL DA POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO, no uso de suas atribuições legais e considerando o disposto no art. 6º da Lei nº 4.570, de 14 de junho de 1984, que dispõe sobre a Organização Básica da Polícia Militar do Maranhão,

### R E S O L V E

Art. 1º - Determinar que a Coordenação do Centro de Assistência e Promoção Social da PMMA – CAPS, seja executada pela 5ª Seção do Estado Maior Geral, observada a competência estabelecida na legislação em vigor.

Art. 2º - Ao Centro de Assistência e Promoção Social da PMMA compete promover o atendimento com proficiência, aos integrantes da Corporação e seus dependentes, primando pelo bem estar biopsicossocial e espiritual, de modo a favorecer a saúde e o desenvolvimento do potencial humano, através:

I) do serviço social a quem compete o processo de orientação pessoal, objetivando diminuir bloqueios ou impedimentos que estejam dificultando a busca de soluções para situações sociais problemáticas;

II) do atendimento psicológico, ao qual cumpre promover ações preventivas em saúde mental, sensibilizando o policial militar sobre as diversas problemáticas existentes em suas atividades laborais.

III) do serviço religioso, exercido através da capelania militar.

Art. 3º - À Capelania Militar compete:

I) prestar assistência religiosa e espiritual, assim como colaborar na formação cívica, moral e ética dos policiais militares, servidores civis e respectivos dependentes, respeitando-se, em qualquer situação, a liberdade de culto preconizada pela Constituição Federal;

II) participar das atividades educativas, em todas as suas fases, aí incluídos os cursos de preparação e formação policial militar;

III) cooperar nas atividades de assistência e serviço social da Corporação. Art. 4º - Os integrantes do Centro de Assistência e Promoção Social da PMMA concorrerão, em igualdade de condições, respeitadas as peculiaridades da formação, a escalas de atendimento biopsicossocial e religioso, independentemente da Unidade onde estiver lotado. Art. 5º - Compete à 5ª Seção do Estado Maior Geral, realizar o controle da escala a que concorrerão os integrantes do CAPS.

Art. 6º - Os casos omissos serão solucionados pelo Subcomandante Geral da PMMA.

DÊ-SE CIÊNCIA;

PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

Quartel do Comando Geral, em São Luís, 14 de maio de 2007. (Ass.) Cel QOPM  
ANTÔNIO PINHEIRO FILHO - Comandante Geral.

## ANEXO B – PORTARIA Nº 024/2016 - CGC

**PORTARIA Nº 024/2016-GCG - Dispõe sobre as atribuições do chefe da Capelania Militar da Polícia Militar.**

(BG Nº 064, de 07 de abril de 2016)

O COMANDANTE-GERAL DA POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO, no uso de suas atribuições legais, de acordo com o art. 6º, da Lei nº 4.570, de 14/07/1984.

Considerando o que preceitua a Lei Nº 8.449 de 25 de agosto de 2006 que dispõe sobre a criação da Capelania Militar da Polícia Militar do Maranhão;

Considerando a necessidade de melhor servir e ampliar a assistência religiosa e espiritual aos policiais militares, servidores civis e seus dependentes no âmbito da Corporação;

Considerando o que preceitua o art. 6º e seus parágrafos na Lei 8.950 de 15 de abril de 2009, acerca dos serviços da Capelania Militar referentes a Assistência

Religiosa e Espiritual a ser prestado de modo estável e permanente, aos policiais militares, familiares e fiéis;

Considerando a meta de alcançar todas as unidades da Polícia Militar, da capital e do interior do Estado por meio da assistência religiosa e espiritual com as ações diretas e indiretas da Capelania Militar.

### R E S O L V E

Art. 1. Designar o capelão militar comissionado no maior posto do quadro da capelania, para a função de chefe da Capelania Militar da Polícia Militar do Maranhão, lhe sendo atribuído:

I – Planejar, orientar, coordenar e controlar as atividades relativas à assistência religiosa e espiritual no âmbito da corporação;

II – Estudar e elaborar propostas, projetos, programas, instruções e normas de assistência religiosa e supervisionar as atividades relativas à assistência religiosa dos demais capelães no âmbito da corporação;

III – Exercer a direção da assistência religiosa no âmbito da Polícia Militar, coordenando as atribuições do serviço e harmonizando a prática das diferentes religiões nele representadas;

IV – Praticar atos administrativos, dentro dos limites de sua responsabilidade em conformidade com o Art. 8º da Lei 8.950 de 15 de abril de 2009, e propor ao Diretor de Saúde, Diretor de Pessoal e ao Comandante-geral da PMMA, aquelas situações que fugirem à sua competência e que mereçam a intervenção médica, hospitalar ou outras medidas de interesse institucional;

V – manter permanente contato com as capelanias das demais forças estaduais, das coirmãs e com as autoridades religiosas do Estado, harmonizando as relações de forma a contribuir para o cumprimento das suas atribuições e responsabilidades;

VI – Elaborar e manter atualizado um Regimento Interno da Capelania Militar, para que se sustente a regularidade e padronização das ações realizadas por

cada capelão;

VII – realizar visitas e acompanhar as atividades nas Organizações Policiais Militares (OPM's), assistidas pelos capelães na capital e interior do Estado, bem como aquelas que não são atendidas diretamente pelo serviço de capelania, a fim de que haja unidade de procedimentos;

VIII – Apresentar ao Diretor de Pessoal proposta de um calendário anual de trabalhos da capelania para as datas especiais, bem como as visitas as OPM'S não alcançadas diretamente pela capelania;

IX – Confeccionar e encaminhar um relatório anual das atividades realizadas pela capelania, ao Diretor de Pessoal da PMMA;

X – Propor ao Diretor de Pessoal, com antecedência, mensagens específicas de —Paz e Esperança!, destinada aos policiais militares, servidores civis e seus familiares, nas datas especiais que se relacione com a corporação.

Art. 2º - Regular o funcionamento das atividades da Capelania Militar no âmbito da Corporação da seguinte forma:

§ 1º Os capelães, militares deverão estar presentes no expediente regular da corporação, em locais previamente designados, salvo casos excepcionais;

§ 2º Os capelães que exercem suas atividades no âmbito da Região Metropolitana, concorrerão às escalas de serviço diário (24 horas), quando fora do expediente, na condição de sobreaviso;

§ 3º Dois Capelães da Capital, sendo um Padre e um Pastor, sempre que possível, ficarão com a responsabilidade da assistência espiritual e religiosa de um grande comando, acrescidos de outros setores de natureza policial militar quando necessário por um período de 30 (trinta) dias, conforme escala organizada pela chefia da capelania;

§ 4º Nos dias úteis os Capelães deverão manter contato com seus respectivos grandes comandos, para os quais estejam designados naquele mês, informando a unidade onde estará exercendo suas atividades de capelania;

§ 5º Nos finais de semana e feriados os Capelães escalados de serviço, na condição de sobreaviso, deverá manter contato com o Superior de Dia, até às 9h00min, e quando acionado pelo mesmo deverá atender prontamente ao chamado para os atendimentos de urgência;

§ 6º os capelães deverão confeccionar relatórios inerentes aos trabalhos realizados no mês e remete-los a chefia da Capelania até o dia 05 do mês subsequente, emitindo parecer e sugestões para outros trabalhos que fomentem o equilíbrio espiritual e o bem-estar do policial militar e seus dependentes;

§ 7º A finalidade principal dos trabalhos de capelania tem como alvo todos os policiais militares, servidores civis da corporação e seus dependentes, de modo específico, aqueles em situação de vulnerabilidade psicológica, social e/ou espiritual, seja no campo da saúde física e mental, dependência química (álcool e drogas), pecuniário, conjugal, litígios de responsabilidade civil ou criminal, dentre outras;

§ 8º A capelania deverá quando necessário realizar visitas aos policiais e servidores civis em hospitais, clínicas, residências ou quando na condição de custodiados, podendo o capelão sugerir o acompanhamento do comandante imediato, do

Diretor de Saúde ou até mesmo do Comandante-geral, se esse julgar conveniente;

§ 9º Fica autorizado às tradicionais celebrações religiosas no âmbito do complexo do Comando Geral da PMMA (QCG), sob a coordenação da capelania, sendo as missas aos domingos, das 8h00min às 9h30min, na Capela da APMGD e os cultos nas terças-feiras, das 7h30min às 9h00min, no auditório do QCG. Nas demais OPM's, fica facultado aos respectivos comandantes de unidade, a definição dos locais e horários que forem convenientes;

§ 10º O capelão de serviço, deverá encaminhar a 5ª Seção da PMMA, até o término do expediente do dia anterior, uma mensagem religiosa de Fé e Esperança para ser publicada no site da corporação, no dia de seu serviço, com o título —Alvorada da Esperança!;

§ 11º Os capelães lotados nas unidades do interior do Estado, ficarão com a responsabilidade religiosa e espiritual de suas respectivas unidades, bem como de todo Comando do Policiamento de Área correspondente, ficando às demais unidades vinculadas à chefia da capelania.

Art. 3º Aos Comandantes, Chefes e Diretores de OPM competem:

I – Acompanhar as atividades da Capelania Militar junto aos policiais militares, servidores civis e familiares, em suas respectivas unidades;

II – Proporcionar aos Capelães, que atuarem nas suas OPM's os meios necessários ao cumprimento de suas missões;

III – Viabilizar a participação da capelania nas solenidades militares e atividades sociais da unidade, com a finalidade de levar aos policiais militares uma palavra de fé e esperança, buscando o seu bem estar físico, mental e espiritual.

Art. 4º- Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revoga-se as disposições em contrário.

DÊ-SE CIÊNCIA, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

Quartel do Comando Geral em São Luís, 29 de março de 2016. CEL QOPM JOSÉ FREDERICO GOMES PEREIRA. Comandante-geral da PMMA.

**ANEXO C – PORTARIA Nº 037/2021 - CGC**

BG nº 105, de 07 de junho de 2021 - AjG

- 2744 -

P

**(3) PORTARIA Nº 037/2021-GCG, de 14 de maio de 2021.**

Aprova a diretriz para intervenção em casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático no âmbito da Polícia Militar do Maranhão.

(a) O COMANDANTE GERAL DA POLICIA MILITAR DO MARANHÃO, no uso de suas atribuições legais, de acordo com o art. 6º, da Lei nº 4.570, de 14/06/1984, e considerando a deliberação do Estado-Maior Geral da PMMA objetivando regulamentar o atendimento aos casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático no âmbito da Polícia Militar do Maranhão:

**RESOLVE**

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo Único, a Diretriz n.º 001/2021 – GCG, para Intervenção em casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no âmbito da Polícia Militar do Maranhão.

Art. 2º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

**DÊ-SE CIÊNCIA, PUBLICA-SE E CUMPRE-SE.**

Quartel do Comando Geral, em São Luís - MA, 14 de maio de 2021.  
CEL QOPM PEDRO DE JESUS RIBEIRO DOS REIS - Comandante Geral da PMMA.

ESTADO DO MARANHÃO  
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO  
SUBCHEFIA DO EMG  
Exemplar ORIGINAL  
São Luís – MA  
06MAIO2021 - QUI

**DIRETRIZ N.º 001 /2021- GCG****(Intervenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT)****Referências:**

- Constituição Federal art.144
- Manual de redação da Polícia Militar do Maranhão
- Caderno técnico de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2019. 194 p.

BG nº 105, de 07 de junho de 2021 - AjG	- 2745 -	
---	----------	--

-Portaria nº 039/2015-GCG/ASS. Dispõe sobre a criação do programa de prevenção ao transtorno do estresse pós-traumático – TEPT na PMAL.

- Diretriz Administrativa da Polícia Militar de Rondônia. Programa de Prevenção e Intervenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

## 1. FINALIDADE

Orientar os gestores quanto aos procedimentos mínimos necessários ao atendimento psicossocial dos policiais militares da Polícia Militar do Maranhão (PMMA) envolvidos em incidente crítico, visando à prevenção e intervenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT.

## 2. SITUAÇÃO

### 2.1 OBJETIVOS

#### a) Objetivo Geral

Estabelecer no âmbito da Polícia Militar do Maranhão os procedimentos básicos para atendimento psicossocial dos policiais militares envolvidos em incidentes críticos, objetivando à prevenção e intervenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT, fomentando a gestão de qualidade de vida dos profissionais da PMMA.

#### b) Objetivos específicos

1) Balizar procedimentos, atribuições, competências e protocolos de ação dos profissionais do setor competente da PMMA quanto ao atendimento psicossocial aos policiais militares envolvidos em incidentes críticos;

2) Definir procedimentos, atribuições e competências dos Comandantes de Organizações Policiais Militares da PMMA quanto as ações a serem adotadas quando do envolvimento de policiais militares em incidentes críticos.

### 2.2 SITUAÇÃO

Os policiais militares exercem suas atividades laborais através do policiamento ostensivo e da preservação da ordem pública. Em virtude do exercício da função, os policiais estão constantemente expostos a situações potencialmente críticas e/ou traumáticas e que podem causar desequilíbrio das funções psíquicas.

A PMMA possui em seu organograma um setor específico para o tratamento da saúde, a Diretoria de Saúde e Promoção Social (DSPS), a qual tem ampliado suas modalidades de atendimento, de modo a melhorar a gestão da qualidade de vida dos servidores da Polícia Militar do Maranhão. Com base nessa premissa, a PMMA estabelece protocolos básicos para atendimento de policiais militares que se envolvam em situações críticas, em virtude do exercício da função.

### 2.3 DEFINIÇÕES

O estresse é um dos termos bastante utilizados na vida cotidiana e caracteriza-se por ser um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo quando a pessoa necessita responder a alguma demanda que ultrapassa sua capacidade adaptativa (Caderno técnico de tratamento ao TEPT, SENASP, p.14, 2019).

BG nº 105, de 07 de junho de 2021 - AjG	- 2746 -	
---	----------	--

O estresse, em princípio, não é uma doença, mas um mecanismo necessário e benéfico ao organismo, pois faz com que o ser humano fique mais atento e sensível diante de situações de perigo ou de dificuldade e pode ser concebido como uma preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam, ou seja, é uma resposta individual a um determinado estímulo e varia de pessoa para pessoa (SILVA et al, 2006).

O Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é precipitado necessariamente por um trauma, e apresenta-se essencialmente pelo desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos ou incidentes críticos (Caderno técnico de tratamento ao TEPT, SENASP, 2019).

Entende-se por incidente crítico qualquer acontecimento inesperado e traumático que ameace, de forma grave, a vida e a segurança dos policiais militares e dos envolvidos em uma ocorrência traumática.

São considerados ocorrências traumáticas os seguintes incidentes, dentre outros:

- a) Tiroteio;
- b) acidente automobilístico;
- c) morte ou ferimento grave de cidadão relacionado à ação ou operação policial;
- d) ocorrência com grave risco de morte para o Policial Militar envolvido;
- e) morte de colega(s) de trabalho;
- f) ocorrência com morte traumática e dolorosa de criança com envolvimento, causal ou não, dos policiais;
- g) suicídio de colega;
- h) qualquer eventualidade potencialmente traumática aos policiais.

### 3. EXECUÇÃO

Os policiais militares receberão assistência do Centro de Assistência e Promoção Social (CAPS), órgão pertencente à Diretoria de Saúde e Promoção Social, podendo ser em São Luís, Imperatriz ou Unidade Policial que possua um Núcleo de Assistência e Promoção Social (NAPS).

#### 3.1 Comandantes de Unidade, Diretores e Chefes

Compete aos Comandantes de Unidade, Diretores e Chefes adotarem providências quando policiais militares se envolverem em eventos críticos, assim deverão ser tomadas as seguintes medidas, entre outras;

a) Após a conclusão da ocorrência de risco, deverá encaminhar o policial militar, mediante ofício e Registro de Incidente Crítico – RIC (modelo em anexo), para o Centro de Assistência e Promoção Social (CAPS), em até 72h após o evento;

b) Nos casos em que houver necessidade de uma assistência imediata, o Comandante, Diretor ou Chefe da Unidade a que o policial pertence, deverá requisitar o atendimento com o psicólogo e assistente social de sobreaviso, podendo ser em São Luís, Imperatriz ou Unidade Policial que possua um NAPS.

BG nº 105, de 07 de junho de 2021 - AjG	- 2747 -	
---	----------	--

c) Quando houver necessidade deslocamento do profissional do CAPS, o Comandante, Diretor ou chefe da unidade buscará autorização junto ao Comando Geral da instituição para efetivar a realização de atendimento, de acordo com orientações do profissional responsável pelo atendimento.

### 3.2 Profissional do CAPS responsável pela intervenção

O policial receberá o acolhimento inicial do Serviço Social. Em seguida, o psicólogo realizará atendimento de primeiros socorros emocionais, preferencialmente dentro das 72 horas após o incidente crítico, auxiliando o militar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas, momento em que também se fará a entrevista de triagem.

a) Os objetivos da entrevista de triagem consistem em:

I - Identificar os policiais militares com potencial de desenvolvimento de Estresse agudo, a partir da verificação de fatores predisponentes ao transtorno;

II - Analisar indicadores de risco (exposição prévia a trauma e transtorno de estresse agudo) e mecanismos de risco potencial (falta de apoio social) ao TEPT;

III - Identificar a presença de comorbidades.

b) Os atendimentos se darão da seguinte forma:

I – Se possível, acolhimento em até 72h após incidente crítico.

II- O processo de avaliação psicológica que se dará em três momentos: até 72 (setenta e duas) horas do incidente crítico com objetivo de avaliar a manifestação de estresse agudo; quinze dias, opcional, para verificar se houve a manifestação da sintomatologia; e após trinta dias do evento crítico, para a formulação de uma hipótese diagnóstica de TEPT.

III- No dia da avaliação final, com 30 (trinta) dias, o psicólogo deverá realizar um processo de psicoeducação, individual ou coletiva, explicando a sintomatologia do TEPT e que estas podem ainda aparecer até 06 (seis) meses após o incidente crítico.

IV – Encaminhamento ao psiquiatra, no caso de ter sido observado a necessidade de afastamento do trabalho ou restrições à atividade operacional devidamente oficializado pela Junta Médica de Saúde;

V - Monitoramento do policial por um período de 06 (seis) meses após a ocorrência do evento crítico, para avaliar o aparecimento de sintomas tardios de estresse e acompanhar o retorno progressivo à atividade operacional, nos casos em que houve afastamento parcial ou total do serviço.

VI- Comunicação de todos os encaminhamentos ao Comandante, Diretor ou Chefe da Unidade a que pertence o policial por meio de ofício de classificação sigilosa.

c) Prescrições diversas

I- Em caso de confirmação da presença de indícios do transtorno de estresse pós-traumático, com sintomas persistentes após 30 (trinta dias) do incidente crítico, o policial deverá ser encaminhado para psicoterapia.

II- Realizar o acompanhamento psicoterápico daqueles que forem identificados com os sintomas do transtorno e que aceitem realizá-lo. Na impossibilidade de realizar o acompanhamento psicológico, devido à distância da área onde o policial militar reside, encaminhar para o psicólogo na rede pública mais próximo de sua localidade.

BG nº 105, de 07 de junho de 2021 - AjG	- 2748 -	
---	----------	--

III- Considerando que nem todo policial irá apresentar os sintomas de estresse agudo ou pós-traumático, em caso de não haver indícios do transtorno, o policial militar voltará às suas atividades regulares. Desta forma, após avaliação, o psicólogo poderá liberá-lo para o retorno as atividades e marcar o acompanhamento psicoterápico semanal, quinzenal ou mensal sem afastá-lo das atividades, prevenindo o surgimento de possíveis alterações comportamentais ou transtornos consequentes do estresse pós-traumático.

IV- Em casos de incidentes críticos de grande mobilização emocional por parte do conjunto de policiais de uma Unidade, a equipe do CAPS poderá realizar intervenção de prevenção através de grupos, devidamente autorizado pelo Comando da corporação.

V- Os profissionais do CAPS deverão atualizar os registros de incidentes críticos.

VI- Deverão realizar palestras de sensibilização com o objetivo de conscientizar acerca da forma de manifestação do TEPT, suas causas e consequências, informações sobre formas de enfrentamento; auxiliando ainda na reflexão sobre a responsabilidade que temos com a nossa saúde física e emocional.

#### 4. DISPOSIÇÕES FINAIS

É dever dos profissionais envolvidos no programa respeitar o sigilo profissional, a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou instituições a que tenham acesso no exercício profissional.

Todas as Organizações Policiais Militares da Corporação deverão cientificar e instruir seus integrantes do conteúdo desta Diretriz Administrativa, fazendo-os entender que tais procedimentos visam proporcionar-lhes apoio e equilíbrio quanto ao seu bem-estar.

CEL QOPM PEDRO DE JESUS RIBEIRO DOS REIS - Comandante Geral da PMMA.

BG nº 105, de 07 de junho de 2021 - AjG

- 2749 -

D

**ANEXO**  
**FICHA MODELO PARA REGISTRO DO INCIDENTE CRÍTICO (RIC)**

Unidade: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Data do incidente crítico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hora aproximada: \_\_\_\_ h

**a) ENVOLVIDOS NO INCIDENTE CRÍTICO**

ENVOLVIDOS	QUANTIDADE
Policiais Militares	
Outro profissional de Segurança Pública	
Adultos Cíveis	
Crianças Cíveis	

**b) TIPO DE INCIDENTE CRÍTICO**

MARQUE O TIPO DE INCIDENTE CRÍTICO SOFRIDO PELO MILITAR
<input type="checkbox"/> Tiroteio
<input type="checkbox"/> Acidente automobilístico
<input type="checkbox"/> Morte ou ferimento grave de cidadão relacionado à ação ou operação policial
<input type="checkbox"/> Ocorrência com grave risco de morte para o Policial Militar envolvido
<input type="checkbox"/> Morte de colega(s) de trabalho
<input type="checkbox"/> Ocorrência com morte traumática e dolorosa de criança com envolvimento, causal ou não, dos policiais
<input type="checkbox"/> Suicídio de colega
<input type="checkbox"/> Outros. Qual?

**c) POLICIAIS MILITARES ENVOLVIDOS**

Nomes: \_\_\_\_\_

**d) QUANTIDADE DE POLICIAIS ENVOLVIDOS:**

Ileso: ( ) Lesionado: ( ) Óbito: ( )

**e) HISTÓRICO DO INCIDENTE CRÍTICO**

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

NOTA Nº 20210520164749 – GCG