



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**O IMPACTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA SAÚDE DO
TRABALHADOR DA POLÍCIA MILITAR**

MARILIA MATASHA MORAIS DE OLIVEIRA MENDES

JOÃO PESSOA - PB

2017

MARILIA MATASHA MORAIS DE OLIVEIRA MENDES

**O IMPACTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA SAÚDE
DO TRABALHADOR DA POLÍCIA MILITAR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal da
Paraíba como requisito básico para a
conclusão do Curso de Terapia
Ocupacional.

Orientadora: Isabela Lemos Arteiro
Ribeiro Lins.

JOÃO PESSOA - PB

2017

M537i Mendes, Marília Matasha Morais de Oliveira.

O impacto dos transtornos de ansiedade na saúde do trabalhador da polícia militar / Marília Matasha Morais de Oliveira Mendes. -- João Pessoa: [s.n.], 2017
62f. il

Orientadora: Isabela Lemos Arteiro Ribeiro Lins

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Transtornos. 2. Ansiedade. 3. Polícia militar.

BS/CCS/UFPB

CDU 615.851.3 (043.2)

MARILIA MATASHA MORAIS DE OLIVEIRA MENDES

**O IMPACTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA SAÚDE
DO TRABALHADOR DA POLÍCIA MILITAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Data de aprovação: 17 de Maio de 2017.

Prof. Isabela Lemos Arteiro Ribeiro Lins – Orientadora



Prof. Andreza Aparecida Polia – Banca



Prof. Berla Moreira de Moraes – Banca



AGRADECIMENTOS

Há muitas pessoas a quem eu gostaria de agradecer.

Em primeiro lugar, aos meus pais, que sempre me educaram e me ensinaram a importância de estudar, fazendo o possível, o impossível e o melhor que podiam para que eu chegasse até aqui. Obrigado por todo amor de sempre, pelo apoio e pela paciência. Vocês são os melhores pais que eu poderia ter e me orgulho bastante de ser filha de vocês.

Em segundo lugar, aos meus avós (*in memorian*) que tenho a mais absoluta certeza que estão felizes e torcendo por mim, onde quer que estejam.

Aos meus irmãos, por toda paciência e cuidado demonstrado sempre.

Ao meu namorado, por todo apoio e paciência nessa jornada, que foi mais companheiro do que nunca, até mesmo nos momentos de estresse.

À minha orientadora, que embarcou comigo nesta ideia e não me abandonou nos momentos de sufoco, sendo muitas vezes mais amiga que orientadora, me acolheu, me encaminhou e me direcionou a tomar boas decisões durante a construção deste trabalho.

À professora Andreza Polia, pelos conselhos sábios, pela paciência, pela amizade e pelo café de sempre.

Ao pessoal do 1º Batalhão da Polícia Militar, em especial na pessoa do Capitão João Alisson, que deu todo o suporte e apoio que estava ao seu alcance para que fosse possível a realização deste trabalho.

Aos meus amigos, Luciana Muniz, Daniele Linard, Maria Alice, Tatiana Ferreira, Luan Ferreira, Eros Araújo que compreenderam e não julgaram meu afastamento e meu estresse durante a construção deste projeto. Agradeço também Renata Gomes e Wendy Chrystyan pelo carinho prestado durante essa fase.

Ao pessoal do LASTE, laboratório este que fui honrada em fazer parte no último ano da minha graduação e que sempre esteve disponível nos momentos de dúvida.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente com este trabalho e que tornaram possível esta realização, meu muito obrigado!

RESUMO

O policial militar é submetido constantemente a conflitos físicos e emocionais durante a sua prática profissional, que podem comprometer sua qualidade de vida, saúde e bem estar físico e psicológico. Pela natureza da profissão, muitas vezes as consequências desses conflitos são evidenciadas nos momentos em que o policial não está de serviço, podendo prejudicar as interações sociais, as atividades diárias, o lazer e todas as esferas em que este sujeito está inserido. Apesar destes fatores, pouca atenção é dada aos riscos ocupacionais desta profissão. Diante disto, este estudo teve como objetivo dar uma maior ênfase à saúde da Polícia Militar, sob a perspectiva da saúde mental, tendo como propósito avaliar a percepção dos policiais militares a respeito de suas condições físicas e mentais para o exercício de seu ofício e identificar ou não a presença de Transtornos de Ansiedade. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa realizado com os policiais da Ronda Ostensiva Tática com Apoio de Motos (ROTAM) do 1º BPM da cidade de João Pessoa-PB. A pesquisa teve uma amostra composta por (n=21) militares, sendo 20 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, com faixa etária entre 31 e 36 anos (33,33%) de idade. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: O Inventário de Ansiedade de Beck, O Índice de Capacidade para o Trabalho e um questionário socioeconômico estruturado pela pesquisadora. Os instrumentos foram apresentados e respondidos pelos participantes de forma autoaplicada. Não foram encontrados números alarmantes no que diz respeito à avaliação da Capacidade para o Trabalho, tendo em vista que 61,93% dos participantes tem sua capacidade avaliada em boa/ótima, bem como também não foram encontrados níveis elevados de indícios de ansiedade, onde 42,86% apresentam níveis mínimos e 47,62% dos participantes apresentam níveis leves de ansiedade.

Palavras-chave: policial militar, ansiedade, capacidade para o trabalho.

ABSTRACT

The military police officer is constantly subjected to physical and emotional conflicts during his professional practice, which can compromise his quality of life, health, physical and psychological well-being. By the nature of the profession, often as consequences of conflicts are evidenced at times when the police officer is not on duty, and may impair as social interactions, such as daily activities, leisure and all spheres in which this subject is inserted. Despite these factors, little attention is given to the occupational risks of this profession. In view of this, this study aimed to give greater importance to the health of the Military Police, from a mental health perspective, aiming to evaluate the perception about your physical and mental conditions for the exercise of their office and to identify or not a presence of Anxiety Disorders. This is a descriptive, quantitative and qualitative study carried out with the rules of the Tactical Ostensive Motorcycle Rounds (ROTAM) of the 1st BPM of the city of João Pessoa-PB. The research sample consisted of (n = 21) military personnel, 20 males and 1 females, aged between 31 and 36 years old (33.33%). The instruments used in the data collection were: The Beck Anxiety Inventory, The Work Capacity Index and a socioeconomic questionnaire structured by the researcher. The instruments were identified and answered by the participants in a self-administered way. 61.93% of the participants had their capacity evaluated as good / optimal, as well as high levels of anxiety indicators were not found, where 42.86% presented minimal levels and 47.62% of the participants presented mild levels of anxiety.

Keywords: military police, anxiety, ability to work.

SUMÁRIO

1 TEMA E DELIMITAÇÃO	9
1.1 TEMA.....	9
1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA	9
2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	10
3 JUSTIFICATIVA	12
4 OBJETIVOS	14
4.1 OBJETIVO GERAL.....	14
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
5.1 TRABALHO	15
5.2 O TRABALHO DO POLICIAL MILITAR.....	19
5.3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE.....	21
6 METODOLOGIA	24
6.1 SUJEITOS DA PESQUISA	24
6.2 PROCEDIMENTOS.....	24
6.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	25
6.3.1 O Inventário da Ansiedade de Beck (BAI).....	25
6.3.2 O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)	26
6.4 ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO	28
6.5 INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI).....	29
6.6 ÍNDICE DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT).....	33
7 CONCLUSÃO	48
8 REFERÊNCIAS	50

1 TEMA E DELIMITAÇÃO

1.1 TEMA

Transtorno de ansiedade e capacidade para o trabalho.

1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Transtorno de ansiedade e seu impacto na saúde do trabalhador da Polícia Militar.

2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A violência social que ocorre no Brasil, expressada nos indicadores epidemiológicos e criminais a partir de eventos letais e não letais, tem demonstrado uma magnitude e uma intensidade sem precedentes, maiores até do que as observadas em países em situação de guerra (SOUZA E LIMA, 2006). Dados fornecidos pela plataforma online do Ministério da Saúde informam que o número de óbitos por causas externas (acidentes e violências) cresceram de 127.470 em 2004 para 156.942 em 2014.

Uma das maiores preocupações da sociedade atual é a segurança do cidadão diante da crescente violência. A constante sensação de insegurança acompanha as pessoas de forma ininterrupta, e é alimentada por vários fatores: visibilidade dos crimes convencionais, participação intensiva da mídia, o comportamento elitista da sociedade e o distanciamento entre as pessoas.

Como força combatente dessa violência e insegurança temos a Polícia. Reis (200_, p. 4) fala que “o termo polícia tem muitas acepções, representando o conjunto das forças públicas que têm o encargo de manter ou restabelecer a ordem social e assegurar a proteção das pessoas e dos bens”. Nesse sentido, o policial militar tem como principal objetivo de suas atividades a segurança pública.

O presente estudo parte do pressuposto de que a profissão de policial militar conta com uma série de atividades e condições laborais no contexto diário que colocam em risco tanto a saúde física como a psíquica. A prática policial perpassa para além da técnica e pode carregar consigo a vivência de situações de sofrimento. A atividade militar não se resume ao serviço diário, a profissão implica em constante estado de alerta, mesmo quando o profissional está em momento de descanso (MIRABETE 1998; GUIMARÃES, 1999 *apud* OLIVEIRA E SANTOS, 2010).

No trabalho do policial militar, a morte está presente em uma constância maior do que se comparado às demais categorias profissionais, seja a morte das vítimas, dos criminosos, dos próprios companheiros de trabalho, exigindo que eles tenham que lidar com a ameaça da própria vida mais frequentemente (VALLA, 2002 *apud* OLIVEIRA E SANTOS, 2010).

No período de 1995 a 1998, a Junta Médica da Polícia Militar homologou 74 reformas por invalidez, das quais 41,9% foram por motivo de saúde mental. O percentual de aposentadorias por invalidez devido a transtornos psiquiátricos que foram homologadas pela Junta Médica da PMPB em 1998 equivale a 25,5% (SILVA, 2008). Silva (2007) expõe dados

fornecidos pela Junta Médica da Polícia Militar da Paraíba referentes ao número de licenças médicas concedidas no período compreendido entre 2003 e 2005, obtendo uma média de 489 licenças em um grupo de efetivos que corresponde a 7.500 policiais. A nosso ver, trata-se de números alarmantes, o que justifica a pertinência e relevância de nossa pesquisa.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo investigar as condições de saúde psíquica do policial militar, avaliando mais especificamente se o Transtorno de Ansiedade Generalizada pode ser um fator incapacitante para a prática profissional. Para este fim nos pautaremos nas seguintes perguntas, cuja pesquisa objetiva responder: Os policiais militares do 1º BPM da Paraíba sofrem com Transtornos de Ansiedade? Como o policial militar percebe sua capacidade para o trabalho?

3 JUSTIFICATIVA

Partimos do pressuposto de que a profissão do policial militar envolve várias e diferentes situações estressantes. Em países como o Brasil em especial, a segurança pública sofre com uma realidade que remete ao crescimento contínuo das diversas formas de violência e criminalidade. O último atlas da violência no Brasil, um estudo desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica aplicada (IPEA) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FPSP), mostra números alarmantes: 59.627 mil homicídios em 2014, uma alta de 21,9% em comparação aos 48.909 óbitos registrados em 2003. Segundo o IPEA, na Paraíba, esse aumento foi de 114,4% nos últimos 10 anos (CERQUEIRA et al, 2016).

As políticas adotadas pelas polícias civil e militar mostram-se pouco eficazes no combate dessa situação e, conseqüentemente, as críticas acerca da segurança pública são muitas, principalmente no que se refere à atuação do policial (PONCIONI, 2005). Diante do exposto, este trabalho se propõe a olhar como esses policiais reagem a essa situação e de que modo eles vem desempenhando suas atividades, já que um trabalho com excelência só é alcançado mediante saúde física e mental. No que tange a questão da saúde mental, daremos enfoque ao transtorno de ansiedade por considerarmos se tratar de um dos modos de adoecimento psíquico mais comum nesta categoria profissional. Para isso, faz-se necessário distinguir conceitos como ansiedade e estresse uma vez que dada sua aproximação podem ser confundidos.

O estresse é causado por uma pressão externa aplicada sobre um indivíduo enquanto que a ansiedade é uma resposta subjetiva que o indivíduo dá a esse fator estressante (HATEM, 2004, *apud* BASTOS et al, 2008). Dito isso, refletimos que os fatores estressantes aos quais os policiais são submetidos no exercício da profissão podem ser geradores de um processo de sofrimento psíquico que interfere em suas respostas às demandas laborais (SOUZA et al., 2007 *apud* COUTO et al, 2012), que requerem ações rápidas e eficazes, concentração e discernimento para que a percepção da realidade não seja distorcida nem alterada.

Por essa razão consideramos que estudar a ansiedade em meio à realidade dos policiais militares é fundamental para alcançarmos uma melhor compreensão sobre a saúde mental da categoria, visando, com os resultados obtidos por este estudo, apontar melhorias a serem aplicadas tanto na formação quanto na educação permanente desses profissionais. Isso significa dizer que os resultados obtidos podem fornecer subsídios para que ações de suporte e

prevenção em saúde do Policial Militar sejam realizadas continuamente, possibilitando uma redução nos índices de adoecimento dessa categoria, gerando, conseqüentemente, resultados mais eficazes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a presença ou não de transtorno de ansiedade nos trabalhadores da Polícia Militar a fim de analisar se esta forma de adoecimento psíquico pode ser um fator incapacitante para o desempenho do ofício do profissional da Polícia Militar, e analisar como o policial militar percebe a própria capacidade para o trabalho.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar ou não a presença de Transtornos de Ansiedade nos trabalhadores da Polícia Militar utilizando-se do Inventário de Ansiedade de Beck;
- Avaliar através do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) a percepção do trabalhador a respeito de suas condições físicas e mentais para o exercício de seu ofício.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 TRABALHO

O trabalho está presente na vida do homem ao longo da história da humanidade. Historicamente, homem e trabalho relacionam-se de diferentes formas, de acordo com a sociedade e o período ao qual estão inseridos, de modo que os significados sociais atribuídos ao trabalho sempre influenciam o contexto vivenciado pelo homem. Entretanto, tornou-se mais central na vida do homem após a Revolução Industrial, e partindo disso, sua importância põe-se crucial para a condição de saúde ou doença do trabalhador. (CAVALHEIRO, TOLFO, 2011)

Christiansen & Townsend (2010, *apud* AOTA, 2014) definem trabalho como uma das áreas de ocupação humana que tem por objetivo fazer, construir, fabricar, dar forma, moldar ou modelar objetos, organizar, planejar, avaliar serviços ou processos de vida ou de governo. Isso significa dizer que o conceito de trabalho está associado às ocupações comprometidas que são executadas com ou sem recompensa financeira.

O trabalho é uma atividade que ocupa um espaço de grande importância na vida humana, uma vez que o homem despense grande parte de seu dia trabalhando. Contudo, a relação homem-trabalho é bastante paradoxal, estando o trabalho, muitas vezes, no lugar de um fardo pesado e indesejado e, tantas outras, concebido como o que dá sentido à vida e contribui com a definição da identidade pessoal do sujeito (RODRIGUES, 2002 *apud* JUNQUEIRA, 2008).

O mundo do trabalho não considera o modo como cada sujeito interpreta os conflitos e convive com eles, tratando todos como seres iguais, ignorando a singularidade presente em cada sujeito. Para Lancman (2002a), o trabalho permite a mediação entre o espaço social e o mundo interno do trabalhador. O mundo do trabalho (com suas lógicas, seus desafios, suas regras e seus valores) entra em conflito com a singularidade de cada trabalhador, fazendo com que o confronto entre as relações do trabalho e o mundo interno e subjetivo do trabalhador seja gerador de sofrimento psíquico. Lancman (2002b, p. 45) considera ainda o paradoxo presente no trabalho:

Se por um lado o mundo do trabalho será gerador de sofrimento na medida em que confronta as pessoas com desafios externos, por outro lado, o trabalho é também a oportunidade central de crescimento e de desenvolvimento psicossocial do adulto. Ou seja, se o trabalho leva ao sofrimento, esse mesmo trabalho pode se constituir numa fonte de prazer e de desenvolvimento humano do indivíduo tanto quanto de

adoecimento. Dessa forma, fica evidente que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomados como um espaço de neutralidade subjetiva ou social.

Terra (2010) também aponta a contradição existente no trabalho: ao passo que dignifica, emprega status e reconhecimento, pode ser fonte de sofrimento, desequilíbrio físico e mental, dor e frustração, pois os efeitos nocivos sobre o corpo vinculados ao trabalho podem atingir em primeira instância o aparelho psíquico.

Dejours diz ainda que (2009, p. 24):

O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.

O trabalho sempre foi uma área de ocupação importante na vida das pessoas, transformando-se em fator de crescimento e realização pessoal e, além disso, um meio de sobrevivência. Pode ser entendido como um organizador e estruturador da vida social, muito embora o trabalho também favoreça a submissão sociocultural e econômica do indivíduo que pertence à base da pirâmide social, onde apenas um número reduzido de pessoas é reservado o direito a pensar e planejar e ao trabalhador de base da pirâmide organizacional se limita a execução. (ALVES, 1996 *apud* TERRA, 2010).

O ato de trabalhar possibilita que o ser humano desenvolva suas ações de maneira complexa, não podendo destituir aspectos físico, cognitivo e psíquico. (Sznelwar et al., 2003 *apud* JUNQUEIRA, 2008). Para Dejours (1987 *apud* MENDES, 1995), a organização do trabalho exerce sobre o sujeito uma ação específica, impactando sobre o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído à dissonância entre a história individual do trabalhador, que anseia a realização de projetos e desejos e uma organização do trabalho que despreza questões dessa natureza. Para os autores, Hilleshein e Lautert, (2012, p. 12):

As condições atuais de trabalho envolvem, cada vez mais, modelos de produção e prestação de serviços com cadência acelerada e intensificada, os quais determinam o aumento da produtividade, por meio da combinação do ritmo de trabalho, da carga de responsabilidade e da redução dos intervalos de descanso na jornada de trabalho, o que leva à tendência progressiva de riscos ocupacionais, o que pode originar efeitos crônicos à saúde e ao envelhecimento dos trabalhadores.

As crescentes transformações do mercado de trabalho e as mudanças que a economia vem passando nas últimas décadas fazem com que as empresas busquem se adaptar às novas (e constantes) exigências do mercado para que possam ser competitivas se fazer presente nas configurações que o mundo globalizado requer. Essas mudanças promovem alterações na estrutura e dinâmica do mercado de trabalho, que tem como consequências: precarização das condições de trabalho, flexibilização de jornadas (mais extensas e/ou irregulares), frágeis relações de trabalho, redução do trabalho assalariado com registro e aumento do trabalho sem registro. Sobre essas mudanças, Gomes (2007, pp. 8-9) considera que:

Diante das mudanças as empresas estão se informatizando, reduzindo seus quadros de funcionários e exigindo maior qualificação profissional. Nesse quadro, as novas formas de organização da produção exigem um novo trabalhador, mais polivalente e qualificado, que muitos estudiosos têm chamado de *multifuncional*. As empresas passam a promover uma constante reciclagem desse trabalhador, requalificando-o. Por essa razão, elas passaram a defender a desregulamentação e a flexibilização do mercado de trabalho. Essa desregulamentação tem levado à precarização das relações de trabalho.

Diante do cenário de mudança, faz-se necessário conhecer mais profundamente o trabalhador, suas habilidades, suas limitações e seus anseios. As capacidades físicas, mentais e psicoemocionais variam entre os indivíduos dependendo da constituição física, do sexo, do estado de saúde, do conhecimento, das aptidões e experiências adquiridas, bem como das características físicas e psíquicas próprias de cada indivíduo. Estas variações entre diferentes indivíduos são conhecidas como diferenças interindividuais. Sell (2002) apud Meira (2004) considera que a capacidade de uma pessoa para realizar o seu trabalho expressa a combinação do conjunto de condições físicas, mentais e psicoemocionais de que dispõe e que são necessárias para a execução de tarefas laborais.

Além das variações interindividuais existem as variações que são observadas nos indivíduos ao longo de suas vidas, que são chamadas diferenças intraindividuais. As diferenças intraindividuais referem-se às perdas e alterações de capacidades que são acontecem com o passar do tempo, sejam elas: perda de força muscular, capacidade cardiopulmonar, coordenação sensório-motora, acuidade visual e auditiva entre outras. Dito isto, o melhor rendimento nas habilidades motoras (como rapidez, agilidade, destreza e força muscular) é obtido até os 30 anos de idade. O aspecto intelectual, que está relacionado aos processos cognitivos e sua interferência na capacidade para o trabalho parece sofrer variações em diferentes momentos da sua vida, sendo relevante os momentos e processos de crise pessoal

que possam estar pressionando psicologicamente o indivíduo e ocasionando estresse emocional prejudicial ao bom desempenho. (VAHL NETO, 1999)

A avaliação da capacidade para o trabalho pode fornecer dados úteis para relações de trabalho saudáveis, bem como melhor desempenho nas atividades laborais, prevenção de doenças laborais, aposentadorias precoces e satisfação pessoal do trabalhador.

Em concordância com um dos temas abordados neste estudo, faz-se necessário compreender o conceito de capacidade para o trabalho. Uma boa definição é dada por Williams, (1997 *apud* MEIRA, 2004, p. 07):

A capacidade para o trabalho significa a aptidão do trabalhador para desempenhar suas funções no trabalho. Ela pode ser influenciada pelo estado geral de saúde física e mental do indivíduo e também por questões específicas do trabalho como os aspectos organizacionais, interferindo na motivação e na satisfação pessoal e as adequações relacionadas às atividades do trabalho, como possíveis mediadores de lesões ou desgastes indevidos.

O conceito de capacidade de trabalho formulado por TUOMI et al (2010, pp. 9-10) diz que:

Quão bem está, ou estará, um (a) trabalhador (a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela pode executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais.

Assim, podemos inferir que a capacidade de trabalho é a condição resultante da interação entre recursos humanos disponibilizados em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional, comunidade e ambiente de trabalho.

Consideramos que a avaliação da capacidade para o trabalho auxilia na priorização e na identificação de trabalhadores que necessitam ou necessitarão num breve período de tempo do apoio dos serviços de saúde ocupacional, garantindo assim, uma atenção precoce que aperfeiçoará as condições estabelecidas para prevenir uma diminuição prematura na capacidade para o trabalho, e conseqüentemente afastamentos por motivo de doença e aposentadoria precoce (GUTERRES et al., 2011). Além do cuidado para com o trabalhador, a avaliação contínua da capacidade para o trabalho é vantajosa para as empresas/instituições, tendo em vista que o aumento da produtividade decorrente da melhoria da capacidade para o trabalho gera melhor eficiência no trabalho e no tempo efetivamente trabalhado, redução do absenteísmo e redução do excedente de pessoal. Como consequência disso, Bergström; Kaleva; Koskinen (1998 *apud* MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010, p. 1556) concebem que:

Ocorre diminuição do preço unitário do tempo efetivamente trabalhado, com aumento da rentabilidade e da competitividade da empresa, resultando em aumento da taxa de emprego e redução dos gastos com assistência à saúde, das mortes prematuras, das pensões por incapacidade e das aposentadorias precoces.

A diminuição da capacidade para o trabalho apresenta efeitos prejudiciais à saúde e a capacidade do trabalhador, que pode apresentar alterações de natureza fisiológica, psicológica e/ou comportamentais, com o agravante de estar afetando trabalhadores em plena vida ativa e ainda longe da aposentadoria.

Uma publicação conjunta da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) chamou a atenção para a relevância da relação entre fatores psicossociais no trabalho e repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. Condições de exposição crônica a estressores psicossociais desfavoráveis no trabalho estão associadas a queixas psicossomáticas, sintomas psiquiátricos e mudanças no bem-estar.

Uma pesquisa realizada por Silva-Júnior e Fischer (2015) em uma Agência da Previdência Social (APS) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em São Paulo – SP, com 131 requerentes de auxílio-doença por transtornos mentais, mostrou que entre todos os requerimentos, os quadros mais frequentes foram transtornos depressivos (40,4%), seguido por outros transtornos ansiosos (CID-10 F41), com 19,8%. No total dos requerimentos, 23,7% foram considerados relacionados ao trabalho. Esse trabalho ater-se-á aos transtornos de ansiedade.

5.2 O TRABALHO DO POLICIAL MILITAR

Para a melhor compreensão da realidade em que está inserido o policial militar, detalharemos as funções de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (2010), elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego:

- **Coronel/Tenente-Coronel/Major:** Trabalham no comando de unidades da Polícia Militar e no apoio ao comando geral, como estatutários, os coronéis são responsáveis pelos comandos regionais, os tenentes-coronéis respondem pelos comandos de áreas ou batalhões e os majores respondem por subcomandos de áreas ou assessorias dos comandos regionais. Trabalham em equipe, em ambiente fechado, a céu aberto ou em veículos, em horários diversos: diurnos e noturnos. Atuam sob pressão, podendo levar à situação de estresse; correm risco de perder a vida em sua rotina de trabalho;

- **Capitães:** Comandam operações de polícia ostensiva, planejam ações de policiamento ostensivo, desenvolvem policiamento comunitário. Gerenciam companhia de polícia e assessoram comando. Exercem poder disciplinar e presidem feitos de polícia judiciária militar. Trabalham em corporações da Polícia Militar, como estatutários, no comando de batalhões; realizam trabalho em equipe, sob supervisão;
- **Tenentes:** Comandam pelotão, coordenam policiamento ostensivo, reservado e velado; assessoram comando, gerenciam recursos humanos e logísticos, participam do planejamento de ações e operações, desenvolvem processos e procedimentos administrativos militares, atuam na coordenação da comunicação social; promovem estudos técnicos e capacitação profissional. Trabalham em equipe, sob supervisão;
- **Subtenentes e sargentos:** Comandam o grupo e a guarda do quartel. Assessoram o comando, administram as atividades da unidade e participam na formação de policiais. Supervisionam policiamento ostensivo e organizam processos e procedimentos administrativo-militares. Atendem a ocorrências e as apresentam à autoridade competente. Prestam serviços comunitários;
- **Cabos e soldados:** Realizam policiamento ostensivo preventivo fardado e atendem e solucionam ocorrências. Executam atividades operacionais e policiamento reservado. Restabelecem ordem pública, controlam distúrbios civis e garantem cumprimento de mandado judicial.

Fraga (2006, p. 7-8) diz que:

A execução do trabalho dos policiais militares é caracterizada por atividades repetitivas e incertas que se mesclam de maneira paradoxal no cotidiano de policiamento ostensivo, pela constante visibilidade da farda. Repetitivas por seguirem uma rotina de permanência de horas seguidas em pé, muitas vezes no mesmo lugar, atentos ao executar um trabalho como o de policiamento ostensivo, que consiste num compromisso diário e ininterrupto, numa intervenção direta nos acontecimentos tidos como “anormais” no espaço público. Paradoxalmente, essa rotinização também se mescla pela incerteza diante do constante suspense de perigo, ingrediente fundamental no policiamento ostensivo.

Assim, temos que a rotina da ocupação do policial militar pode ser exaustiva, fatigante e, claro, não podemos deixar de falar o quanto pode ser perigosa.

Quanto ao regime de trabalho do PM, este é organizado por escalas que não são divulgadas com antecedência, podendo ser a de 6 horas de trabalho por 18 de folga; 12 por 48 ou até mesmo 24 por 72. Entretanto, faz-se necessário ainda afirmar que mesmo nos momentos de folga, quando há alguma ocorrência e caso haja algum policial presente ou consciente dela, este é obrigado a intervir, o que, descaracteriza este momento de folga.

Para Poncioni (2003, p. 69), a polícia é uma profissão onde:

[...] a atividade policial é exercida por um grupo social específico, que compartilha um sentimento de pertencimento e identificação com sua atividade, partilhando ideias, valores e crenças comuns baseados numa concepção do que é ser policial. Considera-se, ainda, a polícia como uma “profissão” pelos conhecimentos produzidos por este grupo ocupacional sobre o trabalho policial – o conjunto de atividades atribuídas pelo Estado à organização policial para a aplicação da lei e a manutenção da ordem pública –, como também os meios utilizados por este grupo ocupacional para validar o trabalho da polícia como “profissão”.

5.3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE

A ansiedade é um estado emocional natural que acompanha o homem em sua existência. A ansiedade normal reativa pode ser considerada um sinal de alerta que permite ao indivíduo permanecer atento, tendo como base objetiva uma ameaça ou perigo existente e decorrente da realidade externa, tornando-se assim, um mecanismo fundamental para a sua sobrevivência (PITTA, 2010). A ansiedade patológica é diferenciada pela intensidade e o caráter anacrônico, repetitivo e desproporcional ao ambiente ou estímulo, caracterizando-se por um sentimento desagradável de apreensão negativa em relação ao futuro. A ansiedade patológica pode ser secundária às doenças orgânicas (hipertireoidismo, insuficiência cardíaca congestiva e doenças pulmonares obstrutivas crônicas etc.) e ao abuso ou abstinência de substâncias psicoativas. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (2014, p. 189):

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva.

Os sujeitos que sofrem com transtornos de ansiedade tem a interpretação dos eventos alterada, onde estes tomam grandes proporções e os efeitos são exagerados, sempre enfatizando os aspectos negativos e ignorando os positivos, fazendo com que estes sujeitos passem a ter dificuldades na tomada de decisões, na resolução de problemas e na adaptação a mudanças (GORENSTEIN, ANDRADE, 2000; KAPLAN, 1997 *apud* GAVIN, 2013). Os quadros de ansiedade trazem atrelado ao estado emocional ansioso e apreensivo os sintomas

físicos. Entre os sintomas mais frequentes estão: taquicardia, distúrbios de sono, sudorese, vertigens, distúrbios gastrintestinais e náusea.

O DSM 5 (2014) aponta ainda que os transtornos de ansiedade diferem entre si de acordo com os objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva com ideação cognitiva associada. Os transtornos de ansiedade podem ser classificados em:

- **Transtorno de Ansiedade de Separação:** O indivíduo com transtorno de ansiedade de separação é apreensivo ou ansioso quanto à separação das figuras de apego até um ponto que interfere significativamente nas atividades diárias e no desenvolvimento do indivíduo. Existe medo ou ansiedade persistente quanto à ocorrência de dano às figuras de apego e em relação a eventos que poderiam levar a perda ou separação de tais figuras e relutância em se afastar delas, além de pesadelos e sintomas físicos de sofrimento. Embora os sintomas se desenvolvam com frequência na infância, também podem ser expressos durante a idade adulta;
- **Mutismo seletivo:** caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale. Há uma seletividade na capacidade para falar, o indivíduo pode falar bem em determinadas situações;
- **Fobia específica:** Os indivíduos com fobia específica são apreensivos, ansiosos ou se esquivam de objetos ou situações circunscritos (animais, ambientes naturais, sangue/injeção/ferimentos são alguns tipos de fobias);
- **Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social):** o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquivam de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado;
- **Transtorno de Pânico:** O indivíduo experimenta ataques de pânico inesperados recorrentes, tornando-se persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento devido aos ataques de pânico já sofridos (p. ex., esquiva de exercícios ou de locais que não são familiares);
- **Agorafobia:** Os indivíduos com agorafobia ficam apreensivos e ansiosos nas duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão e estar fora de casa sozinho em outras situações;

- **Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):** Os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada são ansiosos e tem preocupações persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar;
- **Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento:** envolve ansiedade devido à intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso. No transtorno de ansiedade devido à outra condição médica, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de outra condição médica.

Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados, entretanto, o presente estudo deter-se-á aos aspectos gerais dos transtornos de ansiedade sem especificar necessariamente uma categoria.

6 METODOLOGIA

O presente trabalho é caracterizado por um estudo do tipo descritivo, utilizando-se da abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo descritivo consiste em descrever as características de uma determinada população ou um determinado fenômeno, e o descreve, sem que haja interferências ou mudanças na realidade (COSTA; COSTA, 2014). Partindo da conceitualização proposta por Rodrigues (2006), a abordagem quantitativa está relacionada à quantificação e análise interpretativa de dados e resultados, enquanto que a qualitativa refere-se a atitudes, valores e comportamentos das pessoas inseridas no objeto de estudo. Assim, a escolha da utilização das duas abordagens metodológicas permite que exista a complementação das análises quantitativas, adicionando aos dados quantitativos a visão dinâmica da realidade, bem como as percepções do pesquisador antes, durante e após a coleta e análise dos dados.

6.1 SUJEITOS DA PESQUISA

O público alvo da presente pesquisa foram 21 policiais militares que servem no 1º BPM da Paraíba, no grupo da Ronda Ostensiva Tática com Apoio de Motocicletas (ROTAM), grupo especializado em motopatrulhamento.¹

6.2 PROCEDIMENTOS

Os sujeitos foram convidados pela pesquisadora a participar da pesquisa e aqueles que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os instrumentos foram aplicados em uma reunião promovida pelo Capitão do 1º BPM da ROTAM. Os participantes responderam os questionários de forma auto-aplicável. A pesquisadora esclareceu os objetivos do estudo, assegurou a confidencialidade dos dados individuais do participante e esclareceu eventuais dúvidas acerca da pesquisa e na sequência iniciou a aplicação dos instrumentos. Foram aplicados 02 (dois) instrumentos no mesmo dia e horário,

¹A ROTAM é um grupo de ronda ostensiva que utiliza como veículo a moto, e seus militares são treinados para atuar em diversos tipos de ocorrências, desde a prevenção até a coibição de roubos a bancos, crimes violentos, combate ao tráfico de drogas entre outros. A utilização de motos permite uma abordagem mais precisa e mais prática, facilitando a chegada da Polícia Militar aos lugares onde os acessos são mais difíceis, tornando a ação mais rápida e eficaz.

no caso dia 08/02/2017 às 9h. O tempo de aplicação dos instrumentos foi em média 30 minutos.

6.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os instrumentos foram escolhidos com vistas a alcançar o objetivo proposto na pesquisa, sendo estes a Escala Beck de Ansiedade (Anexo 1) e o Índice de Capacidade para o Trabalho (Anexo 2), além de uma ficha de caracterização desenvolvida pela pesquisadora, que também se encontra em anexo.

6.3.1 O Inventário da Ansiedade de Beck (BAI)

As Escalas Beck são subdivididas em quatro instrumentos de acordo com a necessidade a ser avaliada, sendo eles o BHS (Escala de Desesperança de Beck), o BSI (Escala de Ideação Suicida de Beck), o BDI (Inventário de Depressão de Beck) e o BAI (Inventário da Ansiedade de Beck). São indicadas para usuários entre 17 e 80 anos de idade, e podem ser utilizadas tanto de maneira separada ou conjunta. Para o presente estudo utilizamos apenas o Inventário da Ansiedade.

O Inventário da Ansiedade de Beck (BAI) foi criado originalmente em 1988 por Aaron Beck e colaboradores para uso com pacientes psiquiátricos, mas mostrou-se adequado também para a população em geral e é amplamente utilizado nas clínicas. O inventário foi traduzido e validado no Brasil por Cunha em 2001 e foi cuidadosamente revisado para que se evitasse confusão com depressão. Trata-se de uma escala de auto relato que mede a intensidade dos sintomas da ansiedade, sendo constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas da ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo numa escala de 4 pontos, que, conforme o manual, refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma:

- 1 – Absolutamente não;
- 2 – Levemente (não me incomodou muito);
- 3 – Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar);
- 4 – Gravemente (Difícilmente pude suportar).

Os aspectos avaliados no Inventário são:

- 1 – Dormência ou formigamento;

- 2 – Sensação de calor;
- 3 – Tremores nas pernas;
- 4 – Incapaz de relaxar;
- 5 – Medo que aconteça o pior;
- 6 – Atordoado ou tonto;
- 7 – Palpitação ou aceleração do coração;
- 8 – Sem equilíbrio;
- 9 – Aterrorizado;
- 10 – Nervoso;
- 11 – Sensação de sufocação;
- 12 – Tremores nas mãos;
- 13 – Trêmulo;
- 14 – Medo de perder o controle;
- 15 – Dificuldade de respirar;
- 16 – Medo de morrer;
- 17 – Assustado;
- 18 – Indigestão ou desconforto no abdômen;
- 19 – Sensação de desmaio;
- 20 – Rosto afogueado;
- 21 – Suor (não devido ao calor).

O resultado obtido na soma do escore permite classificar os níveis de ansiedade em:

Pontos	Situação
0 – 7	Nível mínimo de ansiedade
8 – 15	Nível leve de ansiedade
16 – 25	Nível moderado de ansiedade
26 – 63	Nível severo de ansiedade

6.3.2 O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

O outro instrumento utilizado na coleta de dados foi o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Trata-se de um questionário autoaplicável que avalia a percepção do

trabalhador sobre quão bem está ou estará neste momento ou num futuro próximo e quão bem ele pode executar seu trabalho em função das exigências, considerando seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais. Tal instrumento pode ser usado como um dos métodos para avaliar a capacidade para o trabalho nos exames de saúde e levantamentos no local de trabalho (TUOMI et al, 2010).

O ICT permite avaliar e detectar alterações, prever a incidência de incapacidade precoce e subsidiar medidas preventivas de manutenção da saúde dos trabalhadores. É considerado um preditor de situações precoces de perda de capacidade laboral, aposentadorias precoces, absenteísmo por doença e desemprego (SILVA JÚNIOR, 2011).

O ICT é construído com base em um questionário autoaplicável composto de dez itens, sintetizados em sete dimensões:

1. Capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda vida;
2. Capacidade para o trabalho em relação a exigências físicas;
3. Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico;
4. Perda estimada para o trabalho por causa de doenças;
5. Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses;
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 02 anos;
7. Recursos mentais.

O Índice de Capacidade para o trabalho (ICT) foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar (psicólogos, médicos, bioestatísticos, epidemiologistas e pesquisadores da área de Saúde Ocupacional) do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (Finnish Institute of Occupational Health – FIOH), desenvolvido na década de 80 para acompanhamento de funcionários municipais em processo de envelhecimento, e foi traduzido do inglês *Work Ability Index* para o português em 1996, quando sua primeira edição foi distribuída, num momento em que o Brasil estava às vésperas de mudanças nas leis que regiam seu sistema previdenciário (MARINHO et al,2011; TUOMI et al, 2010).

A avaliação feita pelo Índice de Capacidade para o Trabalho é baseada nas respostas dadas a uma série de questões que consideram as exigências físicas e mentais de trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador. As respostas dadas pelo sujeito pesquisado são avaliadas e classificadas de acordo com o orientado pelo ICT, e assim se obtém um resultado que atinge de 7 a 49. O número alcançado revela a percepção do trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho. (TUOMI et al, 2010)

De acordo com o escore obtido, a capacidade do trabalhador se classifica nas seguintes situações:

Pontos	Capacidade para o trabalho
7 – 27	Baixa
28 – 36	Moderada
37 – 43	Boa
44 – 49	Ótima

6.4 ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram aplicados no dia 08/02/2017, em uma reunião com o batalhão da Rotam. Fizeram-se presentes 42 sujeitos (população total), dos quais 21 (50%) aceitaram participar da pesquisa. Notou-se que os sujeitos que se recusaram a participar da pesquisa são trabalhadores com maior tempo de serviço e que mostraram resistência durante a apresentação da pesquisa.

Durante a apresentação dos objetivos da pesquisa foi explanada a importância dos estudos relacionados à saúde do trabalhador da Polícia Militar, bem como foi respaldada a confidencialidade da identidade dos participantes da pesquisa. Os sujeitos receberam instruções sobre os instrumentos aplicados para que pudessem assim responder da maneira mais fidedigna possível.

O quadro abaixo corresponde aos dados de caracterização no que tange a idade, sexo, estado conjugal, presença ou não de filhos, nível de escolaridade e tempo de serviço, para que possamos realizar uma análise contextualizada dos dados coletados nesta pesquisa.

Quadro 01 - Características sociodemográficas dos participantes.

Variável	Categoria	Respondentes	Percentual
Sexo	Feminino	01	4,76
	Masculino	20	95,24
Idade (anos)	25 a 30	03	14,28
	31 a 36	07	33,33
	37 a 42	06	28,57
	43 a 48	04	19,04

	49 a 54	01	4,76
Estado conjugal	Solteiro (a)	01	4,76
	Casado (a)	19	90,48
	Outros	01	4,76
Filhos	Sim	18	85,71
	Não	03	14,29
Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	-	-
	Ens. Fund. Completo	02	9,52
	Ens. Médio Incompleto	-	-
	Ens. Médio Completo	08	38,09
	Ens. Superior Incompleto	04	19,04
	Ens. Superior Completo	07	33,33
Tempo de serviço (anos)	05 a 10	09	42,85
	11 a 16	04	19,04
	17 a 22	03	14,28
	23 a 28	05	23,80

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos policiais militares é do sexo masculino (95,24%), com faixa etária entre 31 e 36 anos (33,33%), casados (90,48%), com filhos (85,71%), possuem nível de escolaridade predominantemente médio completo (38,09%) e com tempo de trabalho na Polícia Militar de até 10 anos (42,85%).

6.5 INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

O Inventário de Ansiedade de Beck é uma escala de autorelato que avalia a intensidade dos sintomas de ansiedade. Foi desenvolvida por Beck, Epstein, Brown e Steer (1988) com base em vários outros instrumentos de autorelato utilizados para medir os aspectos da ansiedade.

Os resultados gerais obtidos através das respostas fornecidas pelos participantes estão demonstrados abaixo:

Quadro 02 – Resultados gerais (BAI)

Nível de Ansiedade	Quantidade de indivíduos	%
Mínimo	09	42,86
Leve	10	47,62
Moderado	01	4,76
Severo	01	4,76
Total	21	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, temos que 42,86% dos participantes se enquadram com nível de ansiedade mínimo; 47,62% com nível de ansiedade leve; 4,76% com nível de ansiedade moderado e 4,76% com nível de ansiedade severo.

Em uma análise considerando o nível de ansiedade, o tempo de serviço e a idade média dos participantes, temos o seguinte quadro:

Quadro 03 – Tempo de serviço e idade média dos participantes

Nível de ansiedade	Tempo de Serviço	Idade
Mínimo	12,3	35,11
Leve	14,2	38,1
Moderado	25	46
Severo	27	46

Fonte: Dados da pesquisa.

No nível de ansiedade mínimo, temos participantes com tempo de serviço em média de 12,3 anos e 35,11 de idade; No nível leve temos uma média de 14,2 anos de serviço e de 38,1 anos de idade; No moderado temos uma média de tempo de serviço de 25 anos e 46 anos de idade e no nível de ansiedade severo temos uma média de tempo de serviço de 27 anos e 46 anos de idade. Assim, é seguro dizer que os traços de ansiedade tendem a ser crescentes conforme seja maior o tempo de serviço e a idade dos participantes.

Tendo em vista que muitas vezes é difícil diferenciar a ansiedade da depressão, o BAI foi construído para medir sintomas de ansiedade que são partilhados de forma mínima com os da depressão. São avaliados sintomas emocionais, fisiológicos e cognitivos específicos da ansiedade independentes da depressão. (LEYFER, RUBERG, & WOODRUFFBORDEN, 2006). Cunha (2001 *apud* SANCHEZ, 2013, p.65) diz que:

O Inventário de Ansiedade de Beck foi dividido em quatro subescalas que representam a ansiedade, nos aspectos subjetivos, neurofisiológicos, autonômicos e de pânico. As subescalas são formadas pelo agrupamento dos itens. Na subescala neurofisiológica foram agrupados os itens 1, 3, 6, 8, 12, 13 e 19; a subescala subjetiva composta pelos itens 4, 5, 9, 10, 14 e 17; na subescala de pânico foram os itens 7, 11, 15 e 16 e na subescala autonômica os itens 2, 18, 20 e 21.

Quando analisamos as respostas dadas em subescalas, temos:

Quadro 04 – Subescala neurofisiológica

Subescala Neurofisiológica - Itens	Quantidade de pessoas que assinalaram cada resposta			
	<u>Ausente</u>	<u>Suave, não me incomoda muito.</u>	<u>Moderado, é desagradável mas consigo suportar.</u>	<u>Severo, quase não consigo suportar.</u>
1. Dormência ou formigamento	14	7		
3. Tremor nas pernas	18	3		
6. Confuso ou delirante	19	2		
8. Inseguro (a)	9	10		2
12. Tremor nas mãos	15	5	1	
13. Trêmulo	16	4	1	
19. Desmaios	19	2		

Fonte: Dados da pesquisa.

Como se pode ver, na subescala neurofisiológica, apenas o item 8 (inseguro) foi marcado em um nível de severidade, além disso, o mesmo aspecto é muito apontado no nível suave, que apesar de não incomodar muito, faz-se presente.

Quadro 05 – Subescala subjetiva

Subescala Subjetiva – Itens	Quantidade de pessoas que assinalaram cada resposta			
	<u>Ausente</u>	<u>Suave, não me incomoda muito.</u>	<u>Moderado, é desagradável mas consigo suportar.</u>	<u>Severo, quase não consigo suportar.</u>
4. Incapaz de relaxar	4	12	4	1
5. Medo de	5	6	10	

acontecimentos ruins				
9. Apavorado (a)	15	6		
10. Nervoso (a)	5	11	5	
14. Medo de perder o controle	13	6	1	1
17. Assustado (a)	14	7		

Fonte: Dados da pesquisa.

O que podemos notar de mais significado nesse quadro é o item 5 (medo de acontecimentos ruins) que fora muito pontuado no nível moderado, o que significa dizer que é desagradável apesar de conseguir suportar. Segundo o DSM V, o medo de acontecimentos ruins é um aspecto que contribui para caracterização do diagnóstico de quadros de ansiedade.

Quadro 06 – Subescala de Pânico

Subescala de Pânico – Itens	Quantidade de pessoas que assinalaram cada resposta			
	<u>Ausente</u>	<u>Suave, não me incomoda muito.</u>	<u>Moderado, é desagradável mas consigo suportar.</u>	<u>Severo, quase não consigo suportar.</u>
7. Coração batendo forte e rápido	11	5	5	
11. Sensação de sufocamento	19	2		
15. Dificuldade de respirar	18	2	1	
16. Medo de morrer	7	7	7	

Fonte: Dados da pesquisa.

Neste quadro, o número que nos chama atenção, condiz ao sintoma 16, que é o medo de morrer. Este número pode ser analisado pela ótica da característica do trabalho, além de ser considerado também um sintoma dos transtornos de ansiedade (medo de acontecimentos ruins).

Quadro 07 – Subescala autonômica

Subescala Autonômica- Itens	Quantidade de pessoas que assinalaram cada resposta			
	<u>Ausente</u>	<u>Suave, não me incomoda muito.</u>	<u>Moderado, é desagradável mas consigo suportar.</u>	<u>Severo, quase não consigo suportar.</u>
02. Sensações de calor	6	7	7	1
18. Indigestão ou desconforto abdominal	11	7	3	
20. Rubor facial	19	2		
21. Sudorese (não devido ao calor)	14	4	3	

Fonte: Dados da pesquisa.

O item mais destacado nesse quadro é o medo de morrer, que fora, por sua vez, assinalado mais vez em detrimento de outros. Seguindo a mesma linha de raciocínio das respostas anteriores, é exatamente o ponto que se atrela aos sinais de ansiedade, como o medo de morrer, que é assinalado, confirmando nossa hipótese de que no exercício do policial militar há um desgaste emocional muito significativo.

6.6 ÍNDICE DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT)

O Índice de Capacidade para o Trabalho contém uma série de questões referentes aos aspectos pessoais, demandas físicas e mentais presentes no trabalho, bem como sobre o estado de saúde do participante a partir da percepção do mesmo. A soma das respostas indica o ICT, que pode variar entre 07 e 49 pontos. A partir da soma das respostas dadas, a pontuação pode ser classificada em quatro diferentes categorias: de 7 a 27 pontos: capacidade baixa; de 28 a 36, capacidade moderada; de 37 a 43, capacidade boa e de 44 a 49, capacidade ótima.

Os scores obtidos na pontuação total do Índice de Capacidade para o Trabalho são os seguintes:

Quadro 08 – Resultado do Índice de Capacidade para o Trabalho

Pontos	Capacidade	Indivíduos	%
7 – 27	Baixa	04	19,04
28 – 36	Moderada	04	19,04
37 – 43	Boa	06	28,6
44 – 49	Ótima	07	33,33
	Total	21	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Como se pode ver 33,33% dos participantes considera que dispõe de ótima capacidade para o trabalho. Porém, a fim de obtermos uma análise mais detalhada, estudaremos as respostas de cada um dos itens que compõe o instrumento escolhido. Nesse sentido, contemplaremos os seguintes aspectos:

1. Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida;
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho;
3. Número de doenças atuais diagnosticadas por médico;
4. Perda estimada para o trabalho por causa de doenças;
5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses);
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos;
7. Recursos mentais.

Item 01: Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida

O primeiro item avalia a capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida em uma escala de 0 a 10. De acordo com as respostas alcançadas, detalhamos que 23,8% dos participantes avaliaram a sua capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida com a pontuação 05; 9,52% dos participantes avaliaram com a pontuação 6; 4,77% dos participantes avaliaram com a pontuação 07; 38,1% dos participantes pontuaram o número 08; 14,29% dos participantes pontuaram o número 09 e 9,52% dos participantes pontuaram o número máximo, 10, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 09 – Comparação da capacidade atual para o trabalho com a melhor de toda a vida

Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Participantes						5	2	1	8	3	2
Porcentagem						23,8%	9,52%	4,77%	38,1%	14,29%	9,52%

Fonte: Dados da pesquisa.

Faz-se importante salientar um aspecto observado em relação a estas respostas, onde os participantes que pontuaram sua capacidade atual como sendo nota 05, tem como idade média 42,4 anos, e como tempo de serviço, uma média de 19,6 anos. São pessoas consideradas jovens e com um tempo considerável de trabalho ainda a exercer.

Os participantes que pontuaram sua capacidade de trabalho atual com nota 06, tem em média 37 anos de idade e 8 anos de serviço; O participante que pontou sua capacidade com nota 07, tem 38 anos de idade e 18 de serviço. Em relação aos participantes que colocaram sua capacidade de trabalho com nota 08, tem idade em média de 34 anos e 12 anos de serviço; Os participantes que pontuaram nota 09 como capacidade de trabalho tem em média 43 anos de idade e 20 anos de serviço e os sujeitos que pontuaram 10, tem em média 30 anos de idade e 07 anos de serviço.

Item 02: Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho

O item 02 (dois) do Índice de Capacidade para o Trabalho, a capacidade para o trabalho é avaliada em relação tanto às exigências físicas como mentais do trabalho². O item oferece uma escala de 1 a 5 para o participante classificar a sua capacidade atual para o trabalho no que diz respeito às exigências físicas e mentais, onde:

- 1 – Muito baixa;
- 2 – Baixa;
- 3 – Moderada;
- 4 – Boa;
- 5 – Muito boa.

No que diz respeito às exigências físicas do trabalho, dos 21 participantes, 01 (4,77%) participante classificou sua capacidade física como muito baixa; 04 (19,05%) participantes

² A resposta à questão é ponderada de forma diferente dependendo se o trabalho é fundamentalmente físico ou mental. No entanto, quando o trabalho exige igualmente esforço físico e mental, como entendemos ser o trabalho da Polícia Militar, o peso das respostas permanece igual.

classificaram sua capacidade como baixa; 04 (19,05%) participantes classificaram sua capacidade como moderada; 10 (47,61%) participantes classificaram sua capacidade como boa e 02 (9,52%) participantes classificaram sua capacidade como muito boa.

No que tange às exigências mentais, dos 21 participantes, ninguém classificou sua capacidade mental como muito baixa ou baixa; 08 (38,1%) participantes classificaram como moderada; 08 (38,1%) participantes classificaram como boa e 05 (cinco) participantes classificaram como muito boa (23,80%), conforme explicitado no quadro abaixo para melhor verificação.

Quadro 10 - Capacidade física e mental

Capacidade física				
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa
4,77%	19,05%	19,05%	47,61%	9,52%
Capacidade mental				
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa
-	-	38,1%	38,1%	23,8%

Fonte: Dados da pesquisa.

Podemos observar que não há um equilíbrio entre as respostas dadas pelos participantes acerca da percepção deles com relação à capacidade física e mental. Isto pode ser causado por uma superestimação da capacidade mental em detrimento de uma subestimação da capacidade física. Outra análise possível para estas respostas é o receio de pontuar sua capacidade mental como baixa ou muito baixa. Devemos considerar também a facilidade maior de identificar sintomas que sugiram falta de resistência física (falta de ar durante exercícios físicos, fadiga muscular, cardiopatias, etc.), mesmo que alguns sintomas possam ser psicossomáticos.

Item 03: Número de doenças atuais diagnosticadas por médico

O item 03 do ICT fornece uma lista com 51 doenças, onde o participante assinala as doenças que ele acredita ter e as que são diagnosticadas por médicos. Caso o participante não acredite ter nenhuma das doenças e não tiver recebido nenhum diagnóstico médico, não preenche nenhuma das alternativas.

Nesta análise iremos expor as doenças que foram pontuadas, tanto as que os participantes acreditam ter quanto as que foram diagnosticadas por médicos. Dos 21 participantes, 06 (seis) afirmaram não acreditar ter nenhuma das doenças mostradas no instrumento e não ter diagnóstico médico de nenhuma outra doença.

Abaixo temos uma tabela com as doenças que foram pontuadas pelos participantes que acreditam padecer delas:

Quadro 11 - Doenças não diagnosticadas

Doenças	Quantidade de participantes que <u>acreditam</u> ter
1. Lesão nas costas	7
2. Lesão nos braços/mãos	5
3. Lesão nas pernas/pés	7
4. Lesão em outras partes do corpo	2
5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	6
6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	4
7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	1
8. Doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	1
9. Artrite reumatoide	
10. Outra doença musculoesquelética	
11. Hipertensão arterial (pressão alta)	1
12. Doença coronariana, dor no peito	
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	
14. Insuficiência cardíaca	
15. Outra doença cardiovascular	
16. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amidalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2
17. Bronquite crônica	
18. Sinusite crônica	3
19. Asma	

20. Enfisema	
21. Tuberculose pulmonar	
22. Outra doença respiratória.	
23. Distúrbio emocional severo (depressão severa)	
24. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	8
25. Problema ou diminuição da audição	3
26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	3
27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	
28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.	
29. Pedras ou doença da vesícula biliar	
30. Doença do pâncreas ou do fígado	1
31. Úlcera gástrica ou duodenal	1
32. Gastrite ou irritação duodenal	
33. Colite ou irritação do cólon	
34. Outra doença digestiva.	
35. Infecção das vias urinárias	
36. Doença dos rins	
37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)	
38. Outra doença geniturinária.	
39. Alergia, eczema	2
40. Outra erupção.	
41. Outra doença de pele.	
42. Tumor benigno	
43. Tumor maligno (câncer).	
44. Obesidade	4
45. Diabetes	1
46. Bócio ou outra doença da tireoide	
47. Outra doença endócrina ou metabólica.	

48. Anemia	
49. Outra doença do sangue.	
50. Defeito de nascimento.	
51. Outro problema ou doença.	

Fonte: Dados da pesquisa.

Como podemos ver, as 05 (cinco) doenças mais pontuadas são:

- 1º Distúrbio emocional leve;
- 2º Lesão nas costas;
- 3º Lesão nas pernas/pés;
- 4º Doença da parte superior das costas ou região do pescoço;
- 5º Lesão nos braços/mãos.

No que diz respeito às doenças **diagnosticadas por médicos** temos o seguinte quadro:

Quadro 12 - Doenças diagnosticadas

Doenças	Quantidade de participantes que são diagnosticados com a doença
1. Lesão nas costas	2
2. Lesão nos braços/mãos	3
3. Lesão nas pernas/pés	2
4. Lesão em outras partes do corpo	2
5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	2
6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	3
7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2
8. Doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	1
9. Artrite reumatoide	1
10. Outra doença musculoesquelética	
11. Hipertensão arterial (pressão alta)	6
12. Doença coronariana, dor no peito	
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	

14. Insuficiência cardíaca	
15. Outra doença cardiovascular	
16. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2
17. Bronquite crônica	
18. Sinusite crônica	1
19. Asma	1
20. Enfisema	
21. Tuberculose pulmonar	
22. Outra doença respiratória.	1
23. Distúrbio emocional severo (depressão severa)	
24. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	
25. Problema ou diminuição da audição	2
26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	3
27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	
28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.	
29. Pedras ou doença da vesícula biliar	
30. Doença do pâncreas ou do fígado	1
31. Úlcera gástrica ou duodenal	
32. Gastrite ou irritação duodenal	2
33. Colite ou irritação do cólon	
34. Outra doença digestiva.	1
35. Infecção das vias urinárias	
36. Doença dos rins	1
37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)	
38. Outra doença geniturinária.	
39. Alergia, eczema	1
40. Outra erupção.	

41. Outra doença de pele.	1
42. Tumor benigno	
43. Tumor maligno (câncer).	
44. Obesidade	
45. Diabetes	
46. Bócio ou outra doença da tireoide	
47. Outra doença endócrina ou metabólica.	
48. Anemia	
49. Outra doença do sangue.	
50. Defeito de nascimento.	
51. Outro problema ou doença.	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nesta tabela, as 05 (cinco) doenças mais pontuadas são:

1º Hipertensão arterial (pressão alta);

2º Lesão nos braços/mãos;

3º Doença da parte inferior das costas com dores frequentes;

4º Doença ou lesão da visão;

5º Lesão nas costas / Lesão nas pernas/pés / Lesão em outras partes do corpo / Doença da parte superior das costas ou região do pescoço com dores frequentes / Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática) / Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) / Problema ou diminuição da audição / Gastrite ou irritação duodenal.

Ao observarmos e compararmos as duas tabelas (tabelas 05 e 06), podemos ver que no segundo quadro não há nenhum participante que tenha o diagnóstico médico de distúrbio emocional, embora essa doença tenha sido a mais pontuada entre as que os participantes acreditam ter. Tal dissonância nos indica que o estado de saúde mental pode ser perceptível pelo sujeito, entretanto a procura por um auxílio ou orientação médica é ainda negligenciada. Nossa hipótese é que isso se deve ao fato de que o saber sobre a saúde mental ainda seja pouco explorado, predominando os pré-conceitos relativos à sanidade ou loucura. Quando se tratar de doenças físicas, a busca por ajuda profissional é mais verificada.

Não podemos deixar de abordar, ainda, a negligência presente, principalmente, dentre a população do sexo masculino com relação aos cuidados preventivos em saúde, tendo em vista que 95% dos participantes dessa pesquisa são homens. A nosso ver, isso se deve ao fato

de que o estereótipo do sexo masculino está muito atrelado à invulnerabilidade, virilidade e força e essas representações podem ser responsáveis pela desvalorização do autocuidado (SILVA et al., 2010; SILVA, 2010), fazendo com que a procura pelos serviços de saúde sejam compreendidos como fraqueza. Essa diminuída procura aos serviços de saúde, resulta em agravos nas morbidades já existentes e, quiçá ao fato de morrerem mais cedo do que a população feminina.

Além das hipóteses levantadas a respeito da pouca procura médica com relação ao sexo masculino, há, ainda, a nosso ver o receio do abalo da imagem socialmente difundida do policial militar, relacionada à imagem de herói. Esta imagem pode ser percebida já no processo seletivo para o ingresso na carreira de policial militar, onde este é uma busca por indivíduos que se aproximem do ideal de policial existente para a própria corporação e para a sociedade em geral. Assim, a busca por ajuda profissional passa a ser constantemente negligenciada.

Outro fator que chama atenção para as respostas dadas a este item é o elevado número de pessoas que acreditam ter alguma lesão na região das costas e pescoço. A psicossomática aponta que dores nesta região podem estar relacionadas a problemas emocionais, corroborando ao número também significativo daqueles que acreditam ter algum distúrbio emocional leve. Groddeck (1969, *apud* Castro et al 2006) colocava que toda doença tem um sentido e não é fruto do acaso; que é uma solução problemática para os conflitos que pontuam cada ser humano. Além disso, não podemos negligenciar o fato de que tais lesões estejam relacionadas ao uso obrigatório do equipamento de segurança para o trabalho, a saber, colete balístico. Korndörfer e Lima (2012) falam que:

Atualmente a polícia militar tem como equipamento obrigatório dois modelos de coletes balísticos, o colete de uso dissimulado e o colete tático. O primeiro, como o próprio nome já diz, é de uso dissimulado, ou seja, não visível e, portanto utilizado por baixo do fardamento. Este colete possui apenas a placa balística e a capa, que protege o contato com a pele do policial, evitando desgaste prematuro da placa e pesa em torno de 3kg, prendendo-se ao corpo através de tiras que passam nos ombros e abdômen do policial. É um colete que se ajusta um pouco melhor ao corpo por ser mais anatômico que o colete tático.

O segundo é o colete tático, da mesma forma possui o colete balístico, o que irá mudar neste material é apenas a capa. É utilizado por cima da farda, de forma ostensiva e visível, a capa é maior e concentra todos os equipamentos utilizados pelo policial na parte da frente. Este colete pesa em torno de 10 kg, pois possui além da capa e placa, todo o material obrigatório para a atividade policial, como arma, algema, munição, etc. Esta segunda opção traz um maior desconforto para o policial pois além de não ser anatômico, não se ajusta de maneira correta ao corpo do policial, devido ao seu formado reto e alongado, concentra todo seu peso na região anterior do corpo, puxando os ombros para frente e forçando a musculatura dos ombros e região dorsal. (p. 02)

Outro estudo, realizado por Santos (2015), com um grupo semelhante no mesmo Batalhão (1º BPM – Rotam), mostra a insatisfação dos Policiais Militares com o colete balístico, onde estes referem desconforto, que tende a aumentar durante as atividades operacionais, tendo em vista que todo o equipamento é colocado no colete, bem como queixas relacionadas às dores lombares e pela confecção não ergonômica deste equipamento, o que em longo prazo pode comprometer a saúde dos mesmos.

Item 04: Perda estimada para o trabalho por causa de doenças

O item 04 faz o seguinte questionamento: “Sua lesão ou doença é um impedimento para o seu trabalho atual?” Nessa questão, os participantes podem assinalar mais de uma alternativa. A tabela final com a quantidade de respostas por alternativa é o seguinte:

Quadro 13 - Perda para o trabalho

Resposta	Quantidade de vezes que foi assinalada
Não há impedimento/Eu não tenho doenças	9
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	9
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	9
Frequentemente preciso diminuir meu ritmo ou mudar meus métodos de trabalho	2
Por causa da minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	1
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Como o instrumento permite que os participantes assinalem mais de uma resposta, temos um quadro equilibrado entre as 3 primeiras respostas. A nosso ver, existem duas possíveis justificativas para a quantidade de vezes que a primeira resposta foi assinalada, sendo elas: de fato não há impedimento ou doenças, ou o participante negligenciou a verdadeira resposta por receio de uma retaliação ou por receio de se prejudicar perante a corporação, mesmo tendo conhecimento do sigilo da identidade dos participantes.

O equilíbrio entre as respostas “*Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas*” e “*Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho*”, é possível, já que o mesmo trabalho que causa sintomas pode fazer com que seja necessária a diminuição do ritmo de trabalho e/ou dos métodos de trabalho, justamente pelos sintomas que causa.

Item 05: Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses)

O item 05 refere-se à quantidade de dias que o participante precisou se afastar durante os últimos 12 meses em detrimento de alguma condição patológica (problemas de saúde, exames, consultas médicas). Abaixo temos um quadro com as alternativas ofertadas pelo instrumento e a quantidade de vezes que elas foram assinaladas:

Quadro 14 - Faltas ao trabalho

Alternativas	Quantidade de participantes que assinalaram
Nenhum dia	13
Até 9 dias	4
De 10 a 24 dias	0
De 25 a 99 dias	3
De 100 a 365 dias	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, temos que 61,9% dos participantes declararam não ter se ausentado do trabalho em nenhum momento durante os últimos 12 meses, enquanto 19,04% ausentaram-se até 9 dias, 14,28% ausentaram-se entre 25 e 99 dias e 4,76% dos participantes ausentaram-se entre 100 e 365 dias.

Cabe ressaltar, que alguns dos participantes sentiram a necessidade de justificar a razão pela qual não se ausentaram do trabalho por motivos de saúde, e as justificativas eram todas no mesmo sentido: eles buscaram realizar suas consultas/exames durante os dias em que não estavam trabalhando. Contudo, é necessário reiterar o que foi exposto no item 3 e que pode se aplicar também a este item, que é o fato da ausência dos homens nos serviços de saúde. No caso dos policiais militares, essa ausência pode ser agravada pelo receio de ser mal avaliado pela corporação e essa busca ser compreendida como um sinônimo de fraqueza. Devemos também considerar a possibilidade dos participantes terem negligenciado respostas.

Item 06: Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos

No item 06, o ICT avalia a percepção que o participante tem a respeito da capacidade própria de continuar exercendo o trabalho atual em uma perspectiva futura (no caso, de 2 anos) considerando a sua saúde. O quadro abaixo mostra as respostas dadas pelos participantes:

Quadro 15 - Prognóstico futuro da capacidade laboral

Resposta	Quantos participantes assinalaram essa resposta
Improvável	3
Não estou muito certo	6
Bastante provável	12

Fonte: Dados da pesquisa.

Temos que 57,14% dos participantes acreditam ser bastante provável que daqui a 2 anos sejam capaz de continuar exercendo o trabalho atual; 28,57% não estão muito certos de que serão capazes e 14,28% dos indivíduos acreditam ser improvável que sejam capazes de continuar exercendo o trabalho atual.

Assim, é possível observar que mais da metade dos participantes considera que daqui a 2 anos é provável que continuem exercendo o seu trabalho, e podemos inferir que isto está relacionado ao fato dos participantes serem jovens e 42,85% deles terem apenas entre 05 e 10 anos de serviço, o que implica dizer que trabalharão um tempo considerável até alcançarem a aposentadoria. A falta de perspectiva no mercado de trabalho brasileiro e o valor que se atribui a estabilidade financeira são fatores que também influenciam neste quesito.

Item 07: Recursos mentais

Este último item avalia a percepção que o participante tem dos seus recursos mentais em relação à vida em geral, tanto no trabalho como no tempo livre. São feitas 03 (três) perguntas, sendo elas:

1º Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

2º Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

3º Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

As alternativas oferecidas pelo instrumento são: Sempre; quase sempre; às vezes; raramente; nunca.

Abaixo segue um quadro com as respostas dadas pelos participantes na primeira pergunta deste item: “Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?”.

Quadro 16 – Apreciação das atividades diárias

Respostas	Quantidade de participantes que assinalaram
Sempre	6
Quase sempre	5
Às vezes	9
Raramente	1
Nunca	

Fonte: Dados da pesquisa.

Podemos ver que a maioria, 42,85% dos participantes relataram conseguir apreciar as atividades diárias apenas às vezes; 28,57% sempre consegue apreciar; 23,80% quase sempre consegue apreciar e 4,76% raramente consegue apreciar. Nenhum dos participantes declarou que nunca consegue apreciar as atividades diárias. .

Na segunda pergunta do item 07 (Recentemente, você tem se sentido ativo e alerta?) obtivemos as seguintes informações:

Quadro 17 - Estado de alerta

Respostas	Quantidade de participantes que assinalaram
Sempre	8
Quase sempre	11
Às vezes	1
Raramente	1
Nunca	

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela nos mostra que 52,38% dos participantes declararam sentir-se ativo e alerta quase sempre; 38,09% declararam sentir-se ativo e alerta sempre; 4,76% declararam sentir-se ativo e alerta às vezes e 4,76% raramente. Nenhum dos participantes assinalou que nunca se sente ativo e alerta.

Cabe salientar aqui, que o limiar é muito tênue entre o estar ativo, no sentido de uma pró-atividade, e estar alerta pelas exigências do trabalho (o que, nesse tipo de trabalho faz-se necessário) e estar “em alerta” em se tratando de uma dimensão patológica, haja vista que este é um dos principais sintomas dos quadros de ansiedade. Essa constância do estado de alerta dificulta o relaxamento, que em determinados momentos, como o do sono, se faz necessário para que o descanso seja eficiente e reparador.

Na última pergunta (Recentemente, você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?) obtivemos a seguinte situação:

Quadro 18 - Esperança para o futuro

Respostas	Quantidade de participantes que assinalaram
Continuamente	6
Quase sempre	6
Às vezes	7
Raramente	2
Nunca	

Fonte: Dados da pesquisa.

Temos que 33,33% dos participantes sentem-se com esperança para o futuro às vezes; 28,57% sentem-se continuamente com esperança para o futuro; 28,57% sentem-se quase sempre com esperanças para o futuro e 9,52% sentem-se raramente com esperanças para o futuro. Nenhum dos participantes assinalou que nunca se sente com esperança para o futuro. Podemos perceber que existe um equilíbrio nas respostas continuamente, quase sempre e às vezes, e estas 03 respostas totalizam 90,47% das respostas dos participantes, permitindo-nos afirmar que a maioria sente-se com esperanças para o futuro.

Diante de todos os dados expostos, temos que não foram encontrados altos indícios de sintomas de ansiedade, bem como também não foram encontrados números alarmantes de baixa capacidade para o trabalho.

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, podemos dizer que os objetivos estabelecidos para a presente pesquisa foram alcançados, embora os resultados encontrados não coincidam com os indicados na literatura.

No que diz respeito à avaliação da ansiedade, não foram encontrados níveis elevados de indícios de ansiedade, pois como já foi mostrado previamente 42,86% apresentam níveis mínimos e 47,62% apresentam níveis leves, não sendo assim, números alarmantes. Entretanto, cabe salientar que no instrumento utilizado para avaliar os indícios de ansiedade, os sintomas que foram pontuados como sendo severos e que chamam atenção são: Inseguro; Incapaz de Relaxar; Medo de perder o controle.

Quanto à investigação da capacidade para o trabalho, também não foram encontrados números alarmantes, tendo que 61,93% dos participantes tem sua capacidade de trabalho avaliada em boa/ótima.

Vale salientar que no período de 1995 a 1998, a Junta Médica da Polícia Militar da Paraíba homologou 74 reformas por invalidez, das quais 41,9% foram por motivo de saúde mental. O percentual de aposentadorias por invalidez devido a transtornos psiquiátricos que foram homologadas pela Junta Médica da PMPB em 1998 equivale a 25,5% (SILVA, 2008) do total de motivos para afastamento. Silva (2007) expõe dados fornecidos pela Junta Médica da Polícia Militar da Paraíba referentes ao número de licenças médicas concedidas no período compreendido entre 2003 e 2005, obtendo uma média de 489 licenças em um grupo de efetivos que corresponde a 7.500 policiais.

Além do citado acima, é importante ressaltar também que a saúde mental ainda é um tabu, não sendo dada a devida importância e sendo negligenciada pela maior parte das pessoas, agravando-se ainda mais quando voltamos as atenções para o sexo masculino, que por sua vez, não tem enraizado em sua cultura a busca pelos serviços de saúde na prevenção de doenças.

A incompatibilidade deste estudo com a literatura pode ter sido causado por fatores como o tamanho reduzido da amostra (50% da população total), bem como o percentual maior de pessoas jovens iniciando a carreira e a omissão dos dados por receio de retaliação.

Salienta-se quanto à necessidade de uma maior atenção à saúde destes profissionais com o propósito de conscientizar sobre a importância dos cuidados preventivos em saúde e de mais pesquisas relacionadas a este tema para um maior aprofundamento, tendo em vista que

os estudos e pesquisas que dão vistas ao trabalho do PM restringem-se, na maioria das vezes, às academias de Polícia e, estas enfatizam, prioritariamente, aspectos técnicos da profissão, carecendo, assim, de estudos e pesquisas que enfatizam as suas particularidades.

8 REFERÊNCIAS

- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). **Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.)**. 2014. Traduzido para o português por Alessandra Cavalcanti, Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra e Valéria Meirelles Carril Elui. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*; jan.-abr. 2015;26(ed. esp.):1-49.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
- BASTOS, Juliana Cardozo Fernandes; MOHALLEM, Andréa Gomes da Costa; FARAH, Olga Guilhermina Dias. **Ansiedade e depressão em alunos de Enfermagem durante o estágio de Oncologia**. Einstein. 2008.
- BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**. 2010. 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. 828 p. Disponível em: www.mteco.gov.br/cbosite/pages/download?tipoDownload=1>. Acesso em: 25/05/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de Saúde. Óbitos por causas externas - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 23/10/2016.
- CASTRO, Maria da Graça; ANDRADE, Tânia M. Ramos; MULLER, Marisa C. **Conceito mente e corpo através da História**. *Psicol. estud.*, 11(1), 39-43. 2006.
- CAVALHEIRO, Gabriela; TOLFO, Suzana da Rosa. **Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral**. *Psico-USF*, v. 16, n. 2, p. 241-249, mai./ago. 2011.
- CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da violência 2016**. Brasília: Ipea e FBSP (Fórum Brasileiro de Segurança Pública), 2016. Nota técnica n. 17. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160322_nt_17_atlas_da_violencia_2016_finalizado.pdf, acesso em 08/05/2017.
- COSTA, M. A. F. ; COSTA, M. F. B. . **Projeto de Pesquisa: entenda e faça**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. v. 1. 142p .
- COUTO, Gleiber; BRITO, Emerson de Araújo Garro; VASCONCELOS-SILVA, André; LUCHESE, Roselma. **Saúde mental do policial militar: Relações interpessoais e estresse no exercício profissional**. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 30, n. 68, p. 185-194, jan./mar. 2012
- FRAGA, Cristina Kologeski. **Peculiaridades do trabalho policial militar**. *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 6, dez. 2006. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1033/812>, acesso em 27/05/2017.
- GAVIN, Rejane Salomão. **Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica

e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2013.

GOMES, Cláudia Vieira. **As transformações do gestor e do pedagogo diante das exigências do mundo do trabalho.** Monografia. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/monopdf/25/CLAUDIA%20VIEIRA%20GOMES.pdf>, acesso em 05/03/2017.

GUTERRES, Andreza. et al. **Prevalência e fatores associados a dor nas costas dos motoristas e cobradores do transporte coletivo de Pelotas - RS.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Londrina, v. 16, n. 3, p. 240–245, 2011. Disponível em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/603/609>, acesso em 07/01/2017.

HILLESHEIN Eunice Fabiani; LAUTERT, Liana. **Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. maio-jun. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a13v20n3.pdf, acesso em 08/01/2017.

SILVA - JÚNIOR, João Silvestre; FISCHER, Frida Marina. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais.** Rev. Bras Epidemiol. Out-Dez 2015; 18(4): 735-744. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00735.pdf>, acesso em 08/03/2017.

JUNQUEIRA, Taísa. **Trabalho, saúde e Terapia Ocupacional: Uma abordagem sistêmica.** In: 4º Congresso Brasileiro de Sistemas. Franca, 2008.

KORNDÖRFER, Bianca Tabita; LIMA, Jaqueline Buiar. **Exercícios de fortalecimento muscular para cintura escapular de policiais militares que fazem uso de colete.** Monografia. Curitiba, 2012. Disponível em www.aprapr.org.br/wp-content/uploads/2012/06/Monografia_Trabalho_Final1.docx, acesso em 21/04/2017.

LANCMAN, Selma. et al. **Contribuições do estudo da subjetividade.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 13, n. 1, p.22-30, jan./abr. 2002a.

LANCMAN, Selma.; GHIRARDI, Maria Isabel Garcez. **Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 13, n. 2, p.44-50, maio/ago. 2002b.

LEYFER, O.T.; RUBERG, J. L; WOODRUFF-BORDEN, J. (2006). **Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders.** Anxiety Disorders 20. p.444–458, 2006. Disponível em <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.956.6186&rep=rep1&type=pdf>, acesso em 13/04/2017,

MARINHO, T. B.; SILVA, L. B.; COSTA, L. C. A.; ALCANTARA, P. G. F.; SANTOS, R. L. S. **Reflexões Sobre a Capacidade para o Trabalho dos Professores das Escolas Municipais de João Pessoa.** Encontro Nacional de Engenharia de Produção 31., 2011, Belo Horizonte. Anais eletrônicos... Belo Horizonte: ENEGEP, 2011.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. de O.; FISCHER, F. M. **Capacidade para o trabalho: revisão de literatura.** Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1553-1561, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700067, acesso em 07/01/2016.

MEIRA, Leanderson Franco de. **Capacidade para o trabalho, fatores de risco para as doenças cardiovasculares e condições laborativas de trabalhadores de uma indústria metal-mecânica de Curitiba.** Dissertação (Mestrado) – Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004. Disponível em http://www.pgmecc.ufpr.br/dissertacoes/dissertacao_032.pdf, acesso em 05/01/2017.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. **Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours.** Psicol. cienc. prof. [online]. 1995, vol.15, n.1-3, pp.34-38.

OLIVEIRA, Katya Luciane de; SANTOS, Luana Minharo dos. **Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua.** Sociologias, Porto Alegre, ano 12, nº 25, set./dez. 2010, p. 224-250.

PITTA, José Cássio do Nascimento. **Transtornos de ansiedade.** 2010. Rev. Bras. de Med. Dez. 2011.

PONCIONI, Paula. **Tornar-se policial: a construção da identidade profissional do policial no Estado do Rio de Janeiro.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2003.

PONCIONI, Paula. **O modelo policial profissional e a formação profissional do futuro policial nas academias de polícia do estado do Rio de Janeiro.** Sociedade e Estado, v. 20, n. 3, p. 585-610, set./dez. 2005.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia Científica.** São Paulo: Avercamp, 2006. p. 90

REIS, Helena dos Santos. **A utilização da mediação de conflitos nas atividades policiais.** [200_] Disponível em: <http://www.policiamilitar.sp.gov.br/caes/artigos/Artigos%20pdf/Helena%20dos%20Santos%20Reis.pdf>, acesso em: 08/05/2017.

SANCHEZ, Cintia Nazaré Madeira. **Adaptação da Escala de Ansiedade de Beck para avaliação de surdos e cegos.** 102 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Belém, 2013. Disponível em <http://ppgtpc.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/teses/cintia%20sanchez%202013.pdf>, acesso em 13/04/2017.

SANTOS, Mairana Maria Angélica. **A influência do uso do colete nas patologias relacionadas à postura em policiais militares.** Monografia (Graduação) – UFPB/CCS. João Pessoa. 2015.

SILVA JUNIOR, Sérgio Henrique Almeida da et al. **Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1077-1087, Junho, 2011.

SILVA, Maurivan Batista. **Trabalho de Polícia Militar e saúde mental: um estudo de caso sobre sofrimento psíquico e prazer na atividade de radiopatrulha.** 2007. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

SILVA, Maurivan Batista. **O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental.** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.4, p.161-170, 2008.

SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa; ALVARENGA, Willyane de Andrade; SILVA, Simone Santos; BARBOSA, Liana Dantas da Costa e Silva; ROCHA, Silvana Santiago da. **Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.** Revista Interdisciplinar, v.3, n.3, 2010. Disponível em http://www.uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3_v3n3.pdf, acesso em 20/04/2017.

SILVA, Silvana de Oliveira. **Cuidado na perspectiva de homens: Um olhar da Enfermagem.** Tese de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2010. Disponível em <http://docplayer.com.br/11897216-Cuidado-na-perspectiva-de-homens-um-olhar-da-enfermagem.html>, acesso em 20/04/2017.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. **Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1211-1222, 2006.

TERRA, Fábio de Souza. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada.** 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2010.

TUOMI, K.; ILMARINE, J.; JAHKOLA, A.; KATAJARINNE, L.; TULKKI, A. **Índice de Capacidade para o Trabalho.** Tradução: Frida Marina Fischer (coord.), São Carlos: UFSCar, 2010.

VAHL NETO, Ernesto. **Qualidade de vida e capacidade de trabalho em diferentes faixas etárias dos funcionários da CELESC.** 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/80836/144753.pdf?sequence=1>, acesso em 07/03/2017.

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante a última semana incluindo hoje. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	<u>Ausente</u>	<u>Suave,</u> não me incomoda muito.	<u>Moderado, é</u> desagradável mas consigo suportar.	<u>Severo,</u> quase não consigo suportar.
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				

20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

1. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria a sua capacidade de trabalho atual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Estou incapaz para o trabalho.

10 = Estou em minha melhor capacidade para o trabalho.

2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa

4. Em sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico. Caso não tenha nenhum dos problemas abaixo, não marcar nenhuma resposta.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
1. Lesão nas costas	2	1
2. Lesão nos braços/mãos	2	1

3. Lesão nas pernas/pés	2	1
4. Lesão em outras partes do corpo Onde? Que tipo de lesão? R.: _____	2	1
5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	2	1
6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	2	1
7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
8. Doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	2	1
9. Artrite reumatoide	2	1
10. Outra doença musculoesquelética Qual? R.: _____	2	1
11. Hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
12. Doença coronariana, dor no peito	2	1
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1
14. Insuficiência cardíaca	2	1
15. Outra doença cardiovascular Qual? R.: _____	2	1
16. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amidalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
17. Bronquite crônica	2	1
18. Sinusite crônica	2	1
19. Asma	2	1
20. Enfisema	2	1
21. Tuberculose pulmonar	2	1
22. Outra doença respiratória. Qual? R. _____	2	1
23. Distúrbio emocional severo (depressão severa)	2	1
24. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1

25. Problema ou diminuição da audição	2	1
26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	1
27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual? R.: _____	2	1
29. Pedras ou doença da vesícula biliar	2	1
30. Doença do pâncreas ou do fígado	2	1
31. Úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32. Gastrite ou irritação duodenal	2	1
33. Colite ou irritação do cólon	2	1
34. Outra doença digestiva. Qual? R. _____	2	1
35. Infecção das vias urinárias	2	1
36. Doença dos rins	2	1
37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)	2	1
38. Outra doença geniturinária. Qual? R.: _____	2	1
39. Alergia, eczema	2	1
40. Outra erupção. Qual? R.: _____	2	1
41. Outra doença de pele. Qual? R.: _____	2	1
42. Tumor benigno	2	1
43. Tumor maligno (câncer). Onde? R.: _____	2	1
44. Obesidade	2	1
45. Diabetes	2	1
46. Bócio ou outra doença da tireoide	2	1
47. Outra doença endócrina ou metabólica. Qual?	2	1

R.: _____		
48. Anemia	2	1
49. Outra doença do sangue. Qual? R.: _____	2	1
50. Defeito de nascimento. Qual? R.: _____	2	1
51. Outro problema ou doença. Qual? R.: _____	2	1

5. Sua lesão ou doença é um impedimento para o seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.)

- Não há impedimento/Eu não tenho doenças.....6
- Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.....5
- Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.....4
- Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.....3
- Por causa da minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.....2
- Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar.....1

6. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames durante os últimos 12 meses?

- Nenhum.....5
- Até 9 dias.....4
- De 10 a 24 dias.....3
- De 25 a 99 dias.....2
- De 100 a 365 dias.....1

7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?

- É improvável.....1
- Não estou muito certo.....4
- Bastante provável.....7

8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

9. Recentemente, você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

10. Recentemente, você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

1. Idade: _____

2. Sexo?

Masculino

Feminino

3. Estado Civil:

Solteiro

Casado

Outros

4. Tem filhos?

Sim

Não

5. Qual sua escolaridade?

Ensino Fundamental incompleto

Ensino Fundamental completo

Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo

Ensino Superior Incompleto

Ensino Superior Completo

6. Tempo de Trabalho: _____

7. O trabalho na Polícia Militar é a única fonte de renda?

Sim

Não

Caso sua resposta seja não, especifique:

8. Por que você decidiu trabalhar na Polícia Militar?
