Caderno Técnico 1

ESCUTA SUSP

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

Fundamentos e Estrutura do Atendimento

Promoção da Saúde Mental e Atenção Psicológica aos Profissionais de Segurança Pública

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO - Escuta Susp

Organização dos

Cadernos Técnicos

Volume 1 de 6

Caderno Técnico 1	**Fundamentos e Estrutura de Atendimento**	**Protocolo 1**	**Diretrizes Gerais para a Prática da Psicoterapia on-line**
		Protocolo 2	**Identificação de Alterações do Estado Mental em Profissionais da Segurança Pública no Contexto de Porte de Arma de Fogo**
Caderno Técnico 2	Atenção Psicológica (Serviço I)	Protocolo 3	Serviço I - Avaliação on-line para o Profissional de Segurança Pública
		Protocolo 4	Serviço I – Aconselhamento Psicológico on-line – Abordagem Cognitivo-Comportamental
		Protocolo 5	Serviço I - Aconselhamento Psicológico on-line - Abordagem Fenomenológico-Existencial
Caderno Técnico 3	Atenção Psicoterapêutica (Serviço II)	Protocolo 6	Serviço II – Psicoterapia on-line para os Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 4	Atenção em Crise (Serviço III)	Protocolo 7	Serviço III – Intervenção on-line para Estabilização de Crise Suicida em Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 5	Atenção Psiquiátrica e Medicamentosa (Serviços IV e V)	Protocolo 8	Serviço IV - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa on-line para Profissionais de Segurança Pública
		Protocolo 9	Serviço V - Telemedicina em Psiquiátrica para os Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 6	Guias Operacionais e de Ambientação	Guia 1	Orientações para Terapeutas do Escuta SUSP
		Guia 2	Plataforma de Atendimento on-line

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Segurança Pública

Caderno Técnico 1

Fundamentos e Estrutura do Atendimento

Protocolo 1	**Diretrizes Gerais para a Prática da Psicoterapia on-line**
Protocolo 2	**Identificação de Alterações do Estado Mental em Profissionais da Segurança Pública no Contexto de Porte de Arma de Fogo**

Brasília, DF
2026

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP
Diretoria do Sistema Único de Segurança Pública – DSUSP
Coordenação-Geral de Valorização Profissional – CGVP
Esplanada dos Ministérios, Bloco "T", Palacio da Justiça Raymundo Faoro, Anexo II, 5° andar, sala 514. Brasília – DF. CEP 7004-900.

Reserva de Direitos
Todos os direitos reservados ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP).
Este protocolo poderá ser revisado, atualizado ou alterado a qualquer tempo, a critério do MJSP.
É permitida a reprodução para fins institucionais, desde que preservada a integridade do documento e indicada a fonte, sendo vedada sua utilização para fins comerciais ou em desacordo com sua finalidade.

616.89
P768 Protocolos de atendimento – fundamentos e estrutura do atendimento / organização Janaína Marcondes de Moura. -- Brasília : Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2026.
108 p. – (Caderno técnico ; 1)

Conteúdo: Protocolo 1: Diretrizes gerais para a prática da psicoterapia on-line / docente responsável Katie Moraes de Almondes. Protocolo 2 : Identificação de alterações do estado mental em profissionais da segurança pública no contexto de porte de arma de fogo / docentes responsáveis Cristiane Faiad, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira.

Projeto Esculta SUSP instituído pela Secretaria Nacional de Segurança Pública em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e outras universidades federais.

ISBN digital 978-85-5506-140-0
ISBN físico 978-85-5506-142-4

1. Profissional de segurança pública, aspectos da saúde, Brasil - 2. Saúde mental, Brasil - 3. Psicoterapia on-line - 4. Arma de fogo, utilização, Brasil - I. Moura, Janaína Marcondes de. II. Moura, Cristiane Faiad de III. Almondes, Katie Moraes de. IV. Oliveira, Sérgio Eduardo Silva de. IV. Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. V. Título.

CDD

Este Caderno Técnico ou protocolo foi formatado com base nas normas da APA – American Psychological Association (7ª edição), com adaptações para documentos técnicos institucionais.

Caderno Técnico 1

Fundamentos e Estrutura do Atendimento

Este caderno reúne os fundamentos técnicos, éticos e operacionais que estruturam a atuação clínica no âmbito do Escuta SUSP, estabelecendo as bases para a oferta qualificada dos serviços de atenção em saúde mental destinados aos Profissionais de Segurança Pública.

Seu conteúdo contempla as diretrizes gerais para a prática da psicoterapia on-line, assegurando a observância dos princípios éticos, do sigilo profissional, da segurança da informação e da adequada condução terapêutica no contexto do teleatendimento.

Além disso, apresenta orientações específicas para a identificação de alterações do estado mental em profissionais que exercem atividades com porte de arma de fogo, considerando a necessidade de atenção ampliada diante de situações que possam representar risco individual, coletivo ou institucional.

Este caderno constitui a base estruturante dos demais protocolos, promovendo segurança assistencial, padronização técnica e coerência na atuação clínica em todos os níveis de atenção do projeto.

Caderno Técnico 1

ESCUTA SUSP

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

PROTOCOLO 1

Caderno Técnico 1

Diretrizes Gerais para a Prática da Psicoterapia on-line

Promoção da Saúde Mental e Atenção Psicológica aos Profissionais de Segurança Pública

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 1

Coordenação geral do projeto
Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Docente responsável
Profa. Dra. Katie Moraes de Almondes (UFRN)

Discentes
Brena Thaísa Queiroz de Melo (UFRN)
Isaak Felipe de Araújo Sales (UFRN)
Mateus Guimarães Nobre Frisch (UFRN)
Patrícia de Cássia Carvalho Campos (UFMG)

FICHA TÉCNICA

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Justiça e Segurança Pública
Wellington César Lima e Silva

Secretário Nacional de Segurança Pública
Francisco Lucas Costa Veloso

Reitora da UFMG
Sandra Regina Goulart Almeida

Diretor Executivo da FUNDEP
Prof. Jaime Arturo Ramírez

Diretor do Sistema Único de Segurança Pública
João Alberto Nogueira Júnior

Coordenadora-Geral de Valorização Profissional
Juliana Ribeiro

Coordenador de Promoção e Proteção de Direitos
Gustavo de Souza Rocha

Coordenadora de Saúde e Qualidade de Vida
Janaina Marcondes de Moura

Coordenação Técnica do Projeto/SENASP
Rubia Minuzzi Tschiedel

Coordenação do TED/UFMG
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Equipe de Pesquisa
Docentes
Cristiane Faiad de Moura (UnB)
Darlindo Ferreira Lima (UFPE)
Helian Nunes de Oliveira (UFMG)
Juliana Alvares Teodoro (UFMG)
Katie Moraes de Almondes (UFRN)
Luciana Almeida Santos (UFMG)
Luciene O. Rocha Lopes (UFMG)
Marcela Mansur-Alves (UFMG)
Paulo Eduardo R A Evangelista (UFMG)
Sérgio Eduardo S Oliveira (UnB)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)
Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Pesquisadores
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Letícia Senobio dos Santos
Ana Ludmila Santos Plauska
Brena Thaísa Q. Melo
Carolina Sousa Azulay
Francisco Guilherme Lima Macedo
Gustavo Salgueiro Rocha
Isaak Felipe de Araújo Sales
Isabela Ferreira Coelho
Isabella Ferreira Pinheiro
Júlia Eduarda V de Almeida
Júlia Salles Menezes
Lara Letícia Pinto Barbosa
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lídia Figueiredo dos Santos
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Marcos Arthur R A Macedo
Mateus Guimarães Nobre
Matheus Felipe G Camargo
Mônica M. Oliveira Melo
Patrícia de Cássia C Campos
Pedro Henrique Francisco de Assis
Rafael Ferreira Simões
Renan Rodrigues da Silva Saraiva
Tayanne de Araujo Lobão
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

Equipe TI
Breno Max Horta Melo
Danielle Resende de Pádua
Paulo Rodrigues Gomes

Equipe Técnica da SENASP
Cirla Busato
Cristiano Abirached Junqueira Lopes
João Paulo de Medeiros
Iranilto Sales de Almeida
Laura Lucia Maximo
Thiago Machado de Araújo

Analista de projetos da FUNDEP
Fernanda Gonçalves de Araujo

Organização e Projeto Gráfico
Janaína Marcondes de Moura

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Associação Brasileira do Sono
ACT	Acceptance and Commitment Therapy (Terapia de Aceitação e Compromisso)
AT	Aliança Terapêutica
CFP	Conselho Federal de Psicologia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
IA	Inteligência Artificial
PAP	Processos Avaliativos em Psicologia
PLN	Processamento de Linguagem Natural
RA	Realidade Aumentada
RV	Realidade Virtual
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Instrumentos Psicológicos
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
TDICs	Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCC-I	Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia
TED	Termo de Execução Descentralizada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UnB	Universidade de Brasília
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 12

2. INTRODUÇÃO 14

3. LEGISLAÇÃO 16

4. ATENDIMENTO ON-LINE: CARACTERÍSTICAS E NOMENCLATURAS 18

5. EFETIVIDADE E EFICÁCIA DOS ATENDIMENTOS ON-LINE 20
   - 5.1 Efetividade e eficácia da telepsicoterapia em grupo 20
   - 5.2 Efetividade e eficácia nos transtornos de depressão e ansiedade em adultos 22
   - 5.3 Efetividade e eficácia na ideação suicida 23
   - 5.4 Efetividade e eficácia nos transtornos do sono 23
   - 5.5 Efetividade e eficácia com profissionais de segurança pública 24

6. PREPARAÇÃO E CONFIGURAÇÃO DO AMBIENTE DE ATENDIMENTO ON-LINE 27

7. ADESÃO À TERAPIA ON-LINE 29

8. CONTRATO TERAPÊUTICO E CUIDADOS 31

9. A RELAÇÃO E ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICOTERAPIA ON-LINE 34

10. PROCESSOS AVALIATIVOS ON-LINE 36

11. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 38

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS 41

13. REFERÊNCIAS 42

1. APRESENTAÇÃO

O contexto de trabalho dos profissionais de segurança pública é marcado por desafios intensos e permanentes, inerentes à natureza da atividade e à própria cultura institucional, refletindo-se em elevados índices de sofrimento psíquico, adoecimento mental e suicídio.

A exposição contínua à violência, o estresse ocupacional crônico, a sobrecarga emocional, as jornadas extensas e a elevada exigência funcional impactam diretamente a saúde, a qualidade de vida e o desempenho profissional desses servidores, tornando indispensável a implementação de ações concretas e estruturadas de cuidado e proteção institucional.

Nesse cenário, o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), por meio da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), instituiu o Projeto Escuta SUSP como estratégia nacional de promoção da saúde mental e atenção psicológica especializada aos Profissionais de Segurança Pública (PSP).

O Escuta SUSP integra a implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), no âmbito do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), e materializa as diretrizes do Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública – Pró-Vida, consolidando a valorização do profissional como eixo estruturante para o fortalecimento das instituições de segurança pública.

Desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e outras Universidades Federais, o projeto estrutura-se como um dispositivo institucional de cuidado, fundamentado em protocolos clínicos baseados em evidências científicas e orientado por princípios éticos, técnicos e humanizados.

Seu principal instrumento de alcance é o teleatendimento, modalidade que garante acesso remoto, seguro e confidencial aos serviços de atenção em saúde mental, ampliando a cobertura territorial das ações e permitindo o atendimento de profissionais lotados em regiões remotas ou submetidos a escalas de plantão, jornadas extensas e deslocamentos frequentes.

A plataforma exclusiva do Escuta SUSP integra inscrição, agendamento, prontuário eletrônico, acompanhamento clínico e atendimento multiprofissional, contemplando serviços de psicologia, psiquiatria e gerenciamento da terapia medicamentosa.

Além de viabilizar o acesso qualificado ao cuidado, essa estrutura contribui para a produção de dados estratégicos essenciais ao monitoramento, à avaliação e ao aperfeiçoamento contínuo das políticas públicas de qualidade de vida e saúde mental no âmbito da segurança pública.

O projeto organiza-se em serviços escalonados, definidos conforme a complexidade da demanda e a especialidade necessária, cabendo aos terapeutas a identificação inicial, a condução clínica e os encaminhamentos aos demais serviços, sempre com base nos protocolos técnicos e na supervisão clínica especializada.

Mais do que uma ação assistencial, o Escuta SUSP representa o fortalecimento de uma política pública permanente de valorização, proteção e cuidado integral aos profissionais de segurança pública, reconhecendo que cuidar de quem protege a sociedade é condição essencial para o fortalecimento das instituições e para a efetividade da segurança pública no país.

2. INTRODUÇÃO

O avanço da tecnologia, associado à pandemia de COVID-19, consolidou nova possibilidade de atendimento e acompanhamento no campo da saúde mental e atenção psicossocial: a psicoterapia on-line. No início de 2020, quando esta modalidade foi amplamente utilizada devido às restrições do lockdown, houve ceticismo e preocupação em relação à eficiência, efetividade e eficácia do teleatendimento. Contudo, atualmente há um consenso de que Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDIC´s) reduzem as distâncias e condições geográficas, flexibilizam e democratizam o acesso aos serviços de saúde mental, e se apresentam como uma alternativa às políticas públicas na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde biopsicossocial (Almondes & Teodoro, 2021; Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2022; Neufeld & Szupszynski, 2022).

No Brasil, são recentes as pesquisas sobre o uso de tecnologias para fins psicoterapêuticos, bem como a oferta de serviços nessa modalidade (Almondes & Teodoro, 2021). Contudo, a literatura nacional tem se tornado um pouco mais desenvolvida nos últimos cinco anos, a partir de validação de protocolos, estudos de efetividade e produção de evidências que apontam resultados de similaridades entre a psicoterapia on-line e a presencial. Além disso, o Sistema de Conselhos de Psicologia tem avançado na proposição e validação de normas que regulamentam o exercício profissional da psicóloga e do psicólogo nos meios digitais, seja de maneira síncrona e/ou assíncrona.

Desse modo, este Protocolo de Orientações para a prática da Psicoterapia On-line procura orientar a psicóloga e o psicólogo, de maneira breve e sucinta, sobre os principais pontos a serem observados para a oferta da psicoterapia através das plataformas digitais. Assim, no primeiro tópico serão apresentadas as legislações que normatizam esta prática, destacando os deveres e compromissos éticos do profissional no exercício desta modalidade. Posteriormente, serão abordadas as especificidades, efetividade e eficácia dos atendimentos psicológicos on-line, a partir de um panorama recente da literatura nacional e internacional.

No tópico quatro, será descrito como o ambiente de atendimento on-line deverá estar preparado para garantir a qualidade do atendimento. Nesse sentido, será feito um alinhamento sobre questões relacionadas à

conexão à internet; ambiente físico; suporte ao paciente; segurança dos dados e sigilo profissional; *rapport* e problemas técnicos e alternativas. Já nos tópicos cinco, seis e sete serão abordados temas relacionados ao setting terapêutico, como: adesão, contrato terapêutico e a relação e aliança terapêutica em psicoterapia on-line. No tópico oito, serão apresentadas as diretrizes para o uso de instrumentos psicológicos e os processos avaliativos on-line. E, por fim, no tópico nove serão abordadas algumas das inovações tecnológicas que exigem atenção e cuidados dos profissionais. Esperamos que este protocolo contribua para o aperfeiçoamento e prática da psicoterapia on-line.

3. LEGISLAÇÃO

A discussão acerca dos atendimentos on-line e de seus aspectos legais não é de hoje. A oferta de serviços psicológicos por meio de TDICs tem sido pauta no Sistema Conselhos de Psicologia desde a década de 1990. Diante de uma oferta cada vez mais acentuada de terapia on-line em nosso país, a necessidade do conhecimento e do cumprimento de aspectos éticos e técnicos de tal modalidade se tornaram imperiosos. Portanto, serão apresentadas as Resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os aspectos legais no que dizem respeito ao amparo para o exercício profissional da Psicologia nessa modalidade de atendimento.

Tradicionalmente, o CFP possui um longo histórico de resoluções que datam desde 1995 - como a Resolução nº 02/95, nº 03/2000, nº 12/2005 e nº 11/2012. Cada uma delas trouxe novidades e normativas condizentes com a época e contexto de sua implementação. No entanto, é essencial se debruçar sobre as resoluções atuais e vigentes que subsidiam a prática profissional na telepsicoterapia.

No ano de 2018, o CFP publicou uma nova norma sobre o atendimento psicológico on-line e os demais serviços realizados pelas TDICs. A Resolução nº 11/2018 substituiu a anterior (nº 11/2012) e organizou novas formas de atendimento sem a necessidade de vinculação a um site. O documento apontou que os profissionais deveriam manter a adequação e a pertinência dos métodos e das técnicas na prestação de serviços e observar, ainda, se a tecnologia selecionada era adequada do ponto de vista técnico e ético (Resolução CFP nº 12/2005). Com essa resolução, que visou regulamentar a prestação de serviços psicológicos realizada por meio de TDICs, as possibilidades de atuação dos profissionais se ampliaram muito. Nela, estão contemplados também os serviços de atendimento e consultas psicológicas - em tempo real ou não -, seleção de pessoal, avaliação psicológica e supervisão técnica entre psicólogos.

Em razão da crise da Covid-19, o CFP ampliou o teleatendimento conforme a Resolução nº 4, de 26 de março de 2020, que dispôs sobre a regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio das TDICs durante a pandemia. Essa é a resolução atual de seguimento para todos os profissionais brasileiros. Para realizar o atendimento on-line, o terapeuta precisa estar cadastrado na plataforma e-Psi (https://e-psi.cfp.org.br).

É importante lembrar que a modalidade on-line, além de ter um amparo legal das resoluções anteriormente descritas, deve seguir as mesmas diretrizes do Código de Ética Profissional estabelecido pela Resolução CFP nº 10, de 21 de julho de 2005. Para o atendimento de crianças e adolescentes, o profissional deve considerar, ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Além disso, existem casos em que o atendimento remoto é vedado ou apenas indicado como suporte ao atendimento presencial. Segundo a Resolução nº 11/2018, devem usufruir de atendimento presencial:

- Pessoas ou grupos em situação de urgência ou emergência (como aqueles em risco de suicídio);
- Vítimas de desastres;
- E vítimas em situação de violação de direitos ou de violência.

Entretanto, como mencionado, há possibilidade de o atendimento on-line operar como suporte ao atendimento presencial. Em casos de ideação suicida, por exemplo, uma das estratégias que podem ser utilizadas com paciente em risco que é atendido presencialmente é fornecer a possibilidade dele enviar mensagens para o terapeuta quando se perceber em perigo. Nessa situação, pode-se oferecer um suporte remoto, utilizado para manejar os pensamentos suicidas ou fazer encaminhamentos para atendimentos presenciais de urgência.

Para mais informações sobre os aspectos legais do atendimento on-line e as Resoluções do CFP, consulte a bibliografia.

4. ATENDIMENTO ON-LINE: CARACTERÍSTICAS E NOMENCLATURAS

A terapia on-line, telepsicoterapia ou psicoterapia on-line são conceitos relacionados aos serviços clínicos, como atendimento em grupos, psicoterapia e avaliação psicológica, realizados remotamente com o auxílio de TDICs. O termo engloba uma variedade de modalidades e especificidades e marca não apenas a adaptação da psicoterapia ao ambiente digital, como também a ampliação do acesso aos serviços psicológicos. Nesse cenário, os pacientes são beneficiados com opções flexíveis para suas diferentes necessidades e preferências.

Uma distinção importante está relacionada à maneira como terapeuta e paciente interagem: de forma síncrona ou assíncrona. Enquanto a modalidade de terapia on-line síncrona envolve interações em tempo real, via aplicativo de mensagens ou plataformas de videoconferência, na modalidade assíncrona elas ocorrem em tempos distintos a partir da utilização de ferramentas - tais como vídeos, áudios, textos e tarefas de casa - que podem ser trabalhadas em momentos convenientes para a dupla terapêutica. Ainda, terapia síncrona e assíncrona se diferenciam quanto aos benefícios. A comunicação simultânea entre psicólogo e paciente é mais espontânea e afetiva quando comparada às trocas assíncronas. Nestas, no entanto, o indivíduo dispõe de um maior tempo de reflexão, ou seja, tem a oportunidade de examinar mais profundamente seus pensamentos e emoções antes de reagir.

Embora a terapia on-line síncrona apresente mais semelhanças com o atendimento presencial, as duas modalidades se mostram uma opção apropriada em uma diversidade de contextos, especialmente no manejo terapêutico de indivíduos de regiões com acesso limitado aos serviços de saúde mental. Além disso, intervenções baseadas em internet se relacionam à redução nas taxas de abandono ao tratamento (atribuída à diminuição do medo da estigmatização), da resistência em abordar assuntos sensíveis e dos custos da psicoterapia, bem como possibilitam maior flexibilidade e autonomia quanto ao seu uso (Ebert et al., 2018; Cardoso, 2023).

No entanto, a própria qualidade da conexão à internet pode ser um entrave à telepsicoterapia, que exige uma estabilidade de sinal muitas vezes

inexistente nas regiões mais afastadas dos centros urbanos. A necessidade de smartphones ou computadores capazes de executar aplicativos on-line de texto, áudio e vídeo também é uma dificuldade, visto que tais tecnologias permanecem inacessíveis à parcela mais vulnerável da população. Ademais, o distanciamento físico pode dificultar o reconhecimento de sinais importantes (como autocuidado e expressões não verbais do paciente) e a manutenção dos limites de segurança e confidencialidade, enquanto a exigência da administração autônoma dos métodos terapêuticos pode sobrecarregar mentalmente os indivíduos (Ebert et al., 2018; Cardoso, 2023).

Essas e outras vantagens e desvantagens da terapia on-line serão continuamente discutidas neste protocolo.

5. EFETIVIDADE E EFICÁCIA DOS ATENDIMENTOS ON-LINE

Até o início dos anos 2000, a efetividade e eficácia da terapia on-line não eram foco do interesse dos pesquisadores. Estes, em contrapartida, buscavam saber se o formato promovia satisfação e aceitação entre pacientes e terapeutas, aspectos que são temas de investigação científica até hoje. Como resultado desse esforço inicial, é possível afirmar que a telepsicoterapia é uma modalidade bem recebida tanto por pacientes quanto por terapeutas (Almondes & Teodoro, 2021).

O panorama das pesquisas sobre os resultados da psicoterapia on-line no tratamento de transtornos e grupos específicos começou a evoluir, no entanto, durante a primeira década do milênio. Desde então, houve um aumento significativo no número de estudos, em especial para transtornos depressivos e ansiosos, com ausência de diferenças significativas entre as modalidades remota e presencial.

Nesta seção, serão apresentadas estas e outras pesquisas mais recentes sobre a efetividade e eficácia da terapia on-line na modalidade grupal, em transtornos depressivos e ansiosos, em pacientes com ideação suicida, transtornos do sono e em profissionais da segurança pública.

5.1 Efetividade e eficácia da telepsicoterapia em grupo

Atendimentos em grupos apresentam diversas vantagens que vão além dos aspectos econômicos. Quando conduzidos na modalidade on-line, há, inclusive, uma maior diversidade de ferramentas e abordagens disponíveis. A videoconferência, por exemplo, pode ser associada a outros componentes como leituras específicas, fóruns de discussão, diários eletrônicos, encontros de socialização e reuniões destinadas a exercícios em grupo (Almondes & Teodoro, 2021). Em contrapartida, algumas dificuldades já relatadas na modalidade on-line individual podem aparecer de modo mais intenso no grupo, como é o caso dos problemas técnicos. No Quadro 1, estão esquematizadas as principais vantagens e desvantagens que se apresentam para esse formato de atendimento.

Além dos benefícios e desafios, as evidências científicas indicam que as intervenções on-line em saúde mental em formato de grupos são comparativamente eficazes às realizadas na modalidade presencial. Em uma revisão sistemática da literatura, que investigou fatores como viabilidade, satisfação, aliança terapêutica e impacto da modalidade on-line na dinâmica grupal, foi observada a efetividade dos grupos de videoconferência, com resultados terapêuticos semelhantes aos obtidos em tratamentos presenciais e com alta satisfação dos participantes, apesar dos desafios técnicos (Gentry et al., 2019). No entanto, mais pesquisas são necessárias para identificar os métodos ideais de entrega de grupos via videoconferência, visando maximizar os benefícios clínicos e os resultados do tratamento.

Quadro 1

Vantagens e desvantagens da telepsicoterapia em grupo

Vantagens da modalidade grupal *on-line*	• Menor custo para pacientes, terapeuta e sistema de saúde. • Contato com outras pessoas em dificuldades similares, favorecendo a socialização e o vínculo terapêutico. • Entendimento e percepção de que os desafios vivenciados aparecem também para outros indivíduos. • Baixa evasão relatada em pesquisas (presença varia de 66% a quase 94% dos participantes).
Desvantagens da modalidade grupal *on-line*	• Potencialização de problemas que podem ocorrer na modalidade individual. • Problemas técnicos, dificuldades com o áudio, atrasos nas falas, ruídos, realização de downloads. • Menor garantia de sigilo e maior exposição (requer uma atenção aumentada do terapeuta para a aliança terapêutica). • O engajamento terapêutico pode demorar mais quando comparado ao processo presencial.

Nota: Conteúdo adaptado de Almondes & Teodoro (2021).

5.2 Efetividade e eficácia nos transtornos de depressão e ansiedade em adultos

O tratamento para transtornos depressivos e ansiosos na população adulta é amplamente estabelecido e confiável, especialmente nas terapias cognitivas e comportamentais. Os pacientes frequentemente demonstram alta satisfação e os efeitos psicoterápicos são consideráveis, variando de moderados a grandes, quando comparados a grupos controles submetidos a lista de espera e grupos de discussão, por exemplo (Almondes & Teodoro, 2021).

Estudos recentes têm analisado as intervenções on-line em saúde mental, com ênfase na depressão, a fim de mapear a modalidade e identificar oportunidades para pesquisa e práticas profissionais (Berryhill et al., 2019; Giovanetti et al., 2022). Os resultados sugerem não apenas que a psicoterapia por videoconferência é um campo promissor, como as intervenções são eficazes na redução dos sintomas depressivos dos pacientes. Os métodos aplicados pelos pesquisadores apoiam-se em abordagens como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) on-line, ativação comportamental ou na combinação de ambas. No entanto, pesquisas futuras devem explorar novas modalidades de intervenção, à exemplo da terapia de aceitação e compromisso (ACT) e da terapia cognitiva baseada em *mindfulness*.

Ademais, a terapia on-line tem emergido como uma modalidade promissora e eficaz para o tratamento de diversos transtornos de ansiedade, mostrando-se tão efetiva quanto a terapia presencial (Krzyzaniak et al., 2024). Intervenções autoguiadas via smartphones também apresentam benefícios na redução dos sintomas ansiosos e podem ser integradas ao trabalho do psicoterapeuta, apoiando e aprimorando a prática da telepsicoterapia (Firth et al., 2017).

Diante da elevada prevalência de transtornos depressivos e ansiosos na população brasileira, a terapia on-line surge como uma alternativa vantajosa, democratizando o acesso aos cuidados em saúde mental para indivíduos sem alternativas locais de tratamento, com mobilidade reduzida ou mesmo para aqueles limitados por seus adoecimentos.

5.3 Efetividade e eficácia na ideação suicida

Pensamentos e comportamentos suicidas são, comumente, agrupados em três categorias: ideação, planejamento e tentativa de suicídio (Nock et al., 2008). Indivíduos com histórico de planejamento e risco aumentado para a ação se enquadram em situações de urgência e emergência e devem ser encaminhados para o atendimento psicoterápico presencial, conforme a Resolução nº 11/2018 do Conselho Federal de Psicologia. O documento, portanto, determina a inadequação da modalidade on-line no atendimento de tais casos.

Contudo, pacientes com ideação suicida sem planejamento e risco iminente podem ser atendidos e beneficiados pela telepsicoterapia. A assistência psicológica nesse contexto requer do profissional cuidado e responsabilidade, e, infelizmente, ainda existe uma carência na quantidade e homogeneidade de estudos sobre as intervenções on-line para esse público. Por esse motivo, conclusões acerca da sua eficácia e efetividade tornam-se limitadas.

Um dos poucos exemplos de intervenção baseada em internet para esse público é o "*Living With Deadly Thoughts*", utilizada em metade dos ensaios clínicos randomizados avaliados em uma revisão sistemática e meta-análise sobre a aplicação da TCC na redução da ideação suicida (Büscher et al., 2020). O protocolo consiste em uma intervenção autoguiada de seis módulos que devem ser trabalhados a cada semana. Além de abordar aspectos como regulação emocional, psicoeducação e prevenção, o programa tem foco nas preocupações e ruminações do paciente, visando auxiliar o controle dos pensamentos suicidas. Embora os estudos sugiram uma redução da ideação suicida no grupo tratado pelo protocolo, os resultados não são significativos e/ou generalizáveis em virtude, por exemplo, da alta taxa de desistência dos participantes.

5.4 Efetividade e eficácia nos transtornos do sono

A terapia on-line é uma realidade antiga no tratamento dos transtornos do sono. As evidências, no entanto, têm suporte apenas na TCC. Sua modalidade remota se apresenta como uma alternativa para superar a lacuna de acesso ao tratamento, especialmente porque o país conta com apenas

41 profissionais certificados em Psicologia do Sono, e a oferta dos serviços está, majoritariamente, nos grandes centros urbanos (Associação Brasileira do Sono [ABS], 2023).

Na última década, uma extensa variedade de estudos, que vão desde investigações observacionais não controladas a ensaios clínicos randomizados, foram conduzidos em adultos (Espie et al., 2012; Blom et al., 2015; Kaldo et al., 2015; Blom et al., 2016). Seus resultados sustentam a noção de que a TCC on-line é uma intervenção clínica eficaz no tratamento dos transtornos do sono.

Mais recentemente, a ABS lançou um *guideline* com objetivo de fornecer orientações baseadas em evidências para profissionais de saúde sobre como diagnosticar e tratar a insônia em adultos. Segundo a organização, os serviços de terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I) na modalidade on-line, comparados a condições controle, demonstram melhoria nos parâmetros subjetivos do sono como qualidade e eficiência, bem como diminuição da gravidade da insônia, da latência do sono e menor tempo de vigília após o início do sono (Drager et al., 2023).

A TCC-I de modo assíncrono também surge como opção viável para a entrega do tratamento, com a expansão de diversos aplicativos e programas. Um exemplo é o *Sleepio* (https://www.sleepio.com/), programa estruturado de TCC-I baseada em evidências e projetado para ajudar indivíduos a melhorar seu sono sem a necessidade de interação direta com um terapeuta. A ferramenta tem sido apontada como eficaz na melhoria dos padrões de sono e na redução dos sintomas de insônia dos usuários (*Espie* et al., 2012; *Espie* et al., 2014; *Freeman* et al., 2017; *Espie* et al., 2019; *Felder* et al., 2020).

5.5 Efetividade e eficácia com profissionais de segurança pública

O tratamento psicoterápico on-line para militares, veteranos (militares reformados) e profissionais de segurança pública é um campo de estudo recente, mas promissor dentro da Psicologia. Os principais temas de investigação e intervenção são o estresse e trauma dos profissionais, relacionados, sobretudo, às experiências vividas durante o exercício da função. A eficácia clínica da modalidade digital é tão positiva quanto a da terapia presencial, especialmente em terapias orientadas ao reprocessamento do trauma, de exposição prolongada e ativação comportamental, mas há, ainda,

barreiras que precisam ser superadas (Jones et al., 2020). No Quadro 2, são apresentados os obstáculos e facilitadores à telepsicoterapia identificados no público em questão.

Quadro 2

Barreiras e facilitadores para a terapia on-line com profissionais de segurança

Barreiras	• Prevalência de problemas com a conexão à internet ou TDICs e desconhecimento ou falta de treinamento para o uso das plataformas, causando interrupções e limitações à entrega de alta qualidade dos serviços, impactando diretamente a satisfação dos pacientes. • As percepções do paciente sobre os serviços de saúde digitais podem limitar sua abertura e aceitação à modalidade. Aqueles com experiências prévias bem-sucedidas ou recomendações de fontes confiáveis são mais adeptos ao tratamento. • Dificuldades com relação à privacidade e conforto do paciente, como a ausência de local silencioso, calmo e reservado para a realização das sessões, experiências de interrupções, desconfiança com a segurança da modalidade ou mesmo inquietações quanto à necessidade de manejar eventuais emoções sozinho em sua casa. • Facilidade de desengajar ou distrair-se rapidamente do tratamento quando a sessão está sendo muito desafiadora ou monótona, utilizando outros recursos no smartphone ou computador, como as redes sociais, enquanto a sessão ocorre. • Engajamento em comportamentos de evitação social, como recorrer à telepsicoterapia para evitar o contato pessoal direto. Portanto, o terapeuta deve ter cautela para que o atendimento *on-line* não desencoraje a exposição do paciente a eventos sociais.

Facilitadores	• A conveniência de acessar a terapia *on-line*, particularmente para pacientes em áreas remotas com pouco ou nenhum acesso a serviços presenciais de psicoterapia. • O conforto em participar da terapia de sua própria casa, diminuindo o estresse e estigma comumente reforçados pelo arquétipo heroico das forças de segurança, bem como a exposição do profissional. • A variedade de abordagens baseadas em evidências aplicadas por meio da internet para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), como as citadas na introdução desta seção. • A flexibilidade da modalidade, refletida na possibilidade de acessar o tratamento de qualquer lugar, na falta de necessidade de deslocamento, na redução do custo e em não precisar se ausentar do trabalho para comparecer às consultas.

Nota: Conteúdo adaptado de Jones et al. (2020).

Diante dos desafios e benefícios apresentados anteriormente, as recomendações contidas nas próximas seções deste Protocolo de Diretrizes podem e devem ser aplicadas.

6. PREPARAÇÃO E CONFIGURAÇÃO DO AMBIENTE DE ATENDIMENTO ON-LINE

Com o avanço da modalidade de terapia on-line, é crucial que os profissionais estejam devidamente preparados e atentos a uma série de considerações técnicas, logísticas e éticas. Nesta seção, são abordados aspectos fundamentais para assegurar a qualidade do atendimento via telepsicoterapia, a fim de promover uma experiência satisfatória para terapeuta e paciente.

- Conexão à internet: a psicóloga e o psicólogo devem realizar o atendimento em um cômodo próximo ao sinal da rede de internet ou considerar a contratação de um roteador adicional para garantir uma conexão estável durante as sessões de terapia on-line.
- Ambiente físico: antes do início da sessão, é necessário organizar o ambiente. Para diminuir as distrações do paciente, o profissional deve escolher um cômodo silencioso e com plano de fundo neutro. Deve certificar-se também de que o rosto esteja bem iluminado e o aparelho eletrônico, que será utilizado, estabilizado. As notificações deste e de outros dispositivos devem ser desativadas.
- Suporte ao paciente: o terapeuta deve se familiarizar com a plataforma on-line e estar pronto para orientar o paciente, caso este necessite, a solucionar problemas com o acesso à sala e/ou acessórios, como fone de ouvido e microfone. Uma atitude colaborativa ajudará o paciente a manter-se motivado com a modalidade de terapia on-line.
- Segurança dos dados e sigilo profissional: computadores ou redes de internet públicas não devem ser utilizados para os atendimentos, e são contraindicadas gravações ou fotos das sessões. O profissional deve dispor de bons programas de antivírus e firewall, bem como criar um sistema de armazenamento, físico e/ou virtual, para os documentos relativos ao atendimento. Caso opte pelo armazenamento em nuvem, deve reforçar a segurança da senha de acesso e investir na autenticação em dois fatores.
- *Rapport*: o psicólogo deve explicar de forma inequívoca sobre a segurança da plataforma on-line, garantindo tratar-se de um espaço

reservado e seguro, sem gravação de imagem e vídeo. Ainda, precisa solicitar ao paciente a mesma privacidade. Ambos devem prevenir-se de possíveis interrupções à sessão, tratando o teleatendimento com os mesmos critérios de um atendimento presencial. É indicado que o terapeuta sempre dê início à chamada, assim como abriria a porta do seu consultório.

- Problemas técnicos e alternativas: é possível enfrentar instabilidades na conexão à internet e/ou plataforma de atendimento durante a terapia on-line. Nestas situações, sugere-se reiniciar os dispositivos. No entanto, é prudente combinar antecipadamente com o paciente alternativas para a continuidade da sessão caso o reinício dos sistemas não solucione o problema. Profissional e paciente podem optar por uma plataforma alternativa, realizar a sessão via chamada telefônica ou reagendar o encontro. No último caso, deve-se fazer um registro do ponto em que a sessão foi interrompida.

7. ADESÃO À TERAPIA ON-LINE

O ambiente virtual pode trazer benefícios e desafios à adesão do paciente ao processo terapêutico. O distanciamento físico, por um lado, pode levar à menor resistência em abordar temas delicados. No entanto, o risco de problemas técnicos, distrações, a dificuldade na comunicação e conexão emocional, bem como a percepção da relação terapêutica como menos autêntica podem ser fatores adversos à telepsicoterapia (Cardoso, 2023), exigindo do profissional um esforço maior para compreender, validar e acolher adequadamente as demandas do paciente.

Diante dos desafios, a psicóloga e o psicólogo devem adotar procedimentos específicos na terapia on-line. A princípio, é necessário verificar a disposição do paciente para a modalidade, certificando-se de que este possui local adequado, equipamentos e conhecimentos tecnológicos necessários para a participação nas sessões. Ainda assim, é possível lidar com indivíduos que não se sentem confortáveis com o teleatendimento. Nestes casos, o terapeuta precisa investigar a razão. Se o desconforto é fruto de experiências negativas passadas com a modalidade, cabe ao profissional atenuar e não repetir tais vivências. Do contrário, se o desconforto é pelo desconhecimento, é preciso estabelecer diálogo sobre a experiência, a fim de resolver quaisquer dúvidas. Em ambos os casos, a satisfação do paciente deve ser monitorada ao longo das sessões.

Com o paciente adaptado ao processo de teleatendimento, a psicóloga e psicólogo devem: Privilegiar o foco na realização de tarefas, o seguimento de etapas e a convocação de uma postura participativa do paciente, fatores preditores de uma boa adesão ao teleatendimento. Ainda, é crucial estabelecer um tempo pré-determinado de tratamento, proporcionando uma estrutura temporal que orienta profissional e paciente no cumprimento dos objetivos, na gestão dos recursos terapêuticos e na avaliação do progresso da psicoterapia. Procurar manter o foco da sessão discutindo um tópico por vez, deixando claro que reconhece a importância e as emoções envolvidas nos temas discutidos. Por outro lado, incluir múltiplos assuntos pode alongar a sessão, dificultando o aprofundamento e a atenção do paciente. Ao comunicar-se com o paciente via chat ou e-mail, considerar a estética da escrita, selecionando as melhores palavras e priorizando textos curtos. É igualmente importante empregar uma

linguagem acessível, garantindo a compreensão adequada das informações. Além disso, o uso de recursos visuais - como emojis, diagramas e vídeos - pode deixar a comunicação mais fluida, auxiliando na expressão das emoções e na explicação de instruções e/ou conceitos mais complexos. Também nestes casos, o profissional deve atentar-se à estética do conteúdo. Enviar lembretes ao paciente sobre o agendamento das sessões, impactando positivamente seu engajamento no teleatendimento.

8. CONTRATO TERAPÊUTICO E CUIDADOS

Ao estabelecer diretrizes e responsabilidades para o processo terapêutico, psicólogo e paciente são beneficiados. O ajuste de expectativas, a definição clara de papéis e responsabilidades, assim como a orientação do tratamento, ajudam a estabelecer uma base sólida para o trabalho da dupla terapêutica, promovendo transparência, colaboração e o progresso do paciente ao longo dos atendimentos. Nessa direção, os seguintes acordos são necessários:

Psicólogo e paciente devem assegurar, durante a sessão, a utilização de um espaço privado e livre de interferências externas. Uma boa opção é trancar o cômodo com chave.

A fim de não desperdiçar tempo de sessão, a dupla deve organizar-se com antecedência para o atendimento on-line, reservando um tempo para a solução de possíveis problemas técnicos, verificando se há conexão disponível e se os dispositivos eletrônicos estão devidamente carregados.

Assim como na modalidade presencial, o profissional deve informar ao paciente sobre a duração do teleatendimento, procedimentos de cancelamento e reagendamento, bem como atraso e reposição do tempo de sessão. É importante solicitar sua aprovação a respeito de tais combinados, definindo em conjunto, caso necessário, flexibilizações.

Um fator que se impõe à terapia on-line é o risco de problemas de conexão, seja com a internet ou plataforma utilizada para o atendimento. Já no primeiro encontro, terapeuta e paciente devem estabelecer um plano de contingência para lidar com estes casos, a fim de otimizar o tempo perdido e garantir a motivação para a continuidade do tratamento. Se for o paciente quem não conseguiu se reconectar à chamada, é indispensável ao profissional oferecer um breve desfecho, via mensagem de texto, do assunto que estava sendo tratado. Esta mensagem pode servir como partida para a sessão seguinte.

Psicólogo e paciente devem se comprometer a não utilizar computadores ou redes wi-fi públicas, fazendo o log off após cada sessão e mantendo o sistema operacional e/ou aplicativos sempre atualizados. A dupla também precisa estar atenta a possíveis invasões ou à violação de segurança nos seus dispositivos, buscando, caso necessário, a ajuda da polícia ou de um profissional de segurança de tecnologia da informação.

O terapeuta deve assegurar ao paciente o sigilo e a confidencialidade das informações compartilhadas durante os atendimentos, conforme prevê o Código de Ética do Profissional Psicólogo, bem como do arquivamento de tais dados. De acordo com a Resolução CFP nº 11/2018, que regulamenta a prestação de serviços psicológicos por meios tecnológicos, o profissional deve, ainda, especificar e esclarecer quais os recursos utilizados para garantir o sigilo das informações.

Assim como na modalidade presencial, é fundamental à psicóloga e ao psicólogo manter um registo documental das consultas on-line para garantir a condução adequada do caso. O registro deve incluir data, hora e a TDIC utilizada durante o atendimento, como também dados sobre histórico médico e psicológico, observações relevantes sobre o desenvolvimento do tratamento, intervenções realizadas e quaisquer outras informações pertinentes para o acompanhamento do paciente.

A fim de auxiliar o trabalho da psicóloga e do psicólogo, no Quadro 3 é apresentada uma ferramenta que pode ser utilizada para avaliar a adequação do profissional e do paciente ao contexto da terapia on-line e suas especificidades.

Quadro 3

Checklist para avaliar adequação da dupla terapêutica para a terapia on-line

Procedimentos para o terapeuta	( ) Testar o funcionamento da plataforma de atendimento *on-line* antes de conectar com o paciente. ( ) Desligar as notificações dos aparelhos eletrônicos. ( ) Escolher um local com plano de fundo neutro e boa iluminação. ( ) Ajustar o enquadramento da câmera centralizando o próprio rosto.
Procedimentos para o paciente	( ) Investigar se o paciente apresenta algum impedimento motor ou cognitivo para a comunicação *on-line*. ( ) Certificar-se do nível de familiaridade do paciente com as plataformas utilizadas para o atendimento e também com os equipamentos eletrônicos (*smartphone*, computador, fone de ouvido, etc.).

Procedimentos para o paciente	( ) Investigar as possíveis resistências e dúvidas que o paciente possa ter em relação ao atendimento *on-line* e seu nível de motivação e abertura para o atendimento nesta modalidade. ( ) Investigar se o paciente já fez psicoterapia *on-line* anteriormente e caso sim, quais fatores funcionaram bem e quais empecilhos encontrou. ( ) Realizar avaliação inicial para certificar-se que a comunicação não será prejudicada por diferenças de idioma ou cultura. ( ) Sugerir que o paciente desligue as notificações dos aparelhos eletrônicos.
Procedimentos para a dupla terapêutica	( ) Certificar-se do acesso à internet com requisitos mínimos para videochamada estável. ( ) Verificar se há algum problema de privacidade para realização da sessão e, caso sim, buscar alternativas viáveis para solucioná-lo. ( ) Confirmar a privacidade e segurança da rede de acesso à internet. ( ) Estabilizar a tela e a câmera para evitar mudanças durante o atendimento.

Nota: Conteúdo adaptado de Lopes e Martiny-Costa (2021) e Almondes & Teodoro (2021).

9. A RELAÇÃO E ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICOTERAPIA ON-LINE

O estabelecimento de uma relação terapêutica sólida é um dos maiores desafios no atendimento virtual. A comunicação por videoconferência pode gerar a sensação de distância e impessoalidade, dificultando o desenvolvimento de empatia e confiança entre psicólogo e paciente. A falta de pistas não verbais sutis como contato visual direto, linguagem corporal e expressões faciais completas, combinada com problemas técnicos como atrasos, instabilidade de conexão e interrupções indesejadas, pode ser frustrante e levar alguns pacientes à maior dificuldade em se abrir e se engajar emocionalmente através de uma tela (Lee et al., 2023).

Outra preocupação permanente diz respeito à aliança terapêutica (AT), entendida como os esforços colaborativos para facilitar o tratamento, que envolvem o laço afetivo, a qualidade do relacionamento e a habilidade da dupla terapêutica em concordar e trabalhar para atingir seus objetivos (Bachelor & Horvath, 1999).

No entanto, os estudos indicam que é possível estabelecer uma relação e aliança terapêutica tão satisfatória no teleatendimento quanto a da modalidade presencial, em particular com indivíduos que estão iniciando o processo terapêutico pela primeira vez ou aqueles que já estavam em atendimento presencialmente (Wehmann et al., 2020; Almondes & Teodoro, 2021; Sartes et al., 2022; Davis et al., 2023). Nesse sentido, são sugeridos os seguintes procedimentos:

- Assim como na modalidade presencial, cabe ao terapeuta assumir uma postura atenciosa, amigável, solidária e empática. Frente às limitações do distanciamento físico, deve-se priorizar o uso de expressões verbais claras e acessíveis, evitando jargões ou termos complexos que possam confundir o paciente, bem como expressões não verbais que possam ser identificadas facilmente por ele, como gestos faciais de compreensão e dúvida. Ainda, é responsabilidade do profissional sempre buscar saber se o outro compreendeu o que foi dito ou solicitado.

- É crucial que psicólogo e paciente estejam de acordo quanto ao curso e objetivos da terapia, tomando decisões conjuntas sobre as tarefas terapêuticas (lições de casa), que devem estar adaptadas não só às necessidades do último, mas à sua habilidade de realizá-las. Após a execução da atividade, é importante ao profissional reconhecer e valorizar o esforço investido pelo paciente, como sinal do seu comprometimento com o tratamento.
- A psicoeducação sobre o quadro clínico do paciente, uma atitude de esperança na melhora dos sintomas e na eficácia da intervenção proposta, bem como o encorajamento à sua participação no processo terapêutico são atitudes importantes para o fortalecimento do vínculo.
- A relação terapêutica deve ser monitorada continuamente, seja por solicitação de feedbacks, observação comportamental ou uso de instrumentos avaliativos. A rescisão prematura do contrato terapêutico, o comportamento não colaborativo ou mesmo incompreensível do paciente, bem como a dificuldade de comunicação são sinais de que algo não vai bem.
- Quando a aliança terapêutica é rompida, o profissional deve dedicar-se à restauração. A princípio, é importante avaliar se a causa está relacionada à própria modalidade de tratamento, como consequência, por exemplo, de sucessivos problemas de conexão ou mesmo da insegurança do paciente em expressar seus sentimentos por receio de alguém ouvi-lo. Caso a ruptura se dê, no entanto, por uma avaliação negativa do paciente sobre o terapeuta ou processo terapêutico, o profissional deve assumir sua responsabilidade de forma não defensiva, priorizando intervenções relacionais. Como efeito, é esperado que o paciente se sinta seguro para expressar seus sentimentos negativos, favorecendo a reparação do vínculo.

10. PROCESSOS AVALIATIVOS ON-LINE

O uso de instrumentos psicológicos e não psicológicos contribuem diretamente para a compreensão, condução e avaliação dos casos. Neste sentido, destacam-se como auxiliares nos Processos Avaliativos em Psicologia (PAP) os testes psicológicos, as escalas, os inventários, os questionários e os métodos projetivos e expressivos. Além desses, ressaltam-se também aqueles instrumentos, que não são de uso privativo da psicóloga e do psicólogo, mas estão respaldados pela literatura científica, pelo Código de Ética Profissional da Psicologia e pelas garantias da legislação da profissão (Almondes & Teodoro, 2021).

Para a realização de PAP por meios de TDICs, o profissional da psicologia deve seguir as orientações previstas na Resolução nº 11/2018 (CFP, 2018). Neste sentido, ressalta-se que o Conselho Federal de Psicologia autoriza apenas o uso de instrumentos e testes psicológicos devidamente regulamentados e com parecer favorável do Sistema de Avaliação de Instrumentos Psicológicos (SATEPSI). Ou seja, é permitido apenas a aplicação de instrumentos que tenham estudo que confirmem evidências de validade, considerando o público-alvo, o contexto e o formato de aplicação do teste psicológico (CFP, 2018; CFP, 2020).

Desde que atenda às premissas e restrições previstas para o atendimento *on-line,* os PAP podem ser conduzidos em diferentes contextos (CFP, 2018). No entanto, é de responsabilidade da psicóloga e do psicólogo a garantia das condições adequadas para o manejo dos PAP (CFP, 2019). Portanto, é imprescindível que o profissional mantenha: cadastro e autorização junto ao Conselho Regional de Psicologia para a oferta do serviço síncrono/assíncrono; ambiente que garanta o sigilo das informações; elaboração e armazenamento adequados do relatório referente ao PAP (CFP, 2018).

Para uma conduta ética e responsável, orienta-se que a psicóloga e o psicólogo, antes de fazer o uso de um instrumento verifique na página do SATEPSI quais instrumentos estão validados e disponíveis para administração informatizada ou *on-line* (CFP, 2020). Este cuidado é essencial para tomada de decisão e condução dos casos de maneira mais aprofundada e fundamentada,

isto porque, mesmo no formato *on-line*, os PAP devem seguir as normativas vigentes que sustentam a Psicologia enquanto ciência e profissão (Almondes & Teodoro, 2021).

11. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nas seções anteriores, ficou evidente como a terapia on-line tem se estabelecido como uma modalidade terapêutica cada vez mais viável e acessível. À medida que se expande, torna-se fundamental à psicóloga e ao psicólogo compreender não apenas suas bases teóricas e práticas, mas também as inovações tecnológicas cujos efeitos têm implicações no trabalho da Psicologia dentro e fora da internet. Embora o aprofundamento nessas questões fuja ao escopo deste protocolo, é importante mencionar alguns conceitos - big data, *chatbots*, *deepfakes*, inteligência artificial e realidade virtual/realidade aumentada.

Big data

Os gigantescos conjuntos de big data permitem análises profundas por algoritmos para identificar padrões, fatores de risco, monitorar progresso contínuo e recomendar intervenções personalizadas com base em resultados históricos de casos semelhantes.

Chatbots

Os chatbots, programas que simulam conversas humanas frequentemente com técnicas de processamento de linguagem natural (PLN), têm aplicações como chatbots de triagem inicial, suporte emocional "entre sessões" e orientação de exercícios terapêuticos conforme a IA avança.

Deepfakes

A tecnologia de deepfakes utiliza redes neurais profundas para criar conteúdo audiovisual enganosamente realista e indistinguível do autêntico. Deepfakes de terapeutas famosos dando conselhos equivocados poderiam levar pacientes a dúvidas, teorias da conspiração ou más decisões. Além disso, conteúdo deepfake explícito falsamente vinculado a um indivíduo poderia causar danos psicológicos e reputacionais devastadores. No entanto, aplicações positivas como recriações fiéis de terapeutas falecidos dando palestras históricas também são possíveis com essa tecnologia.

Inteligência artificial

A inteligência artificial (IA) envolve sistemas computacionais projetados para simular o raciocínio e comportamento inteligente humano. Algumas aplicações relevantes incluem o PLN, sistemas especialistas e aprendizado de máquina. Os algoritmos de PLN analisam diálogos transcritos ou registros de sessão para extrair insights sobre emoções, tópicos recorrentes, linguagem corporal e muito mais, auxiliando os terapeutas a acompanhar o progresso e adaptar suas abordagens. Além disso, sistemas especialistas treinados com a expertise de profissionais experientes podem fornecer recomendações personalizadas sobre intervenções, exercícios e técnicas terapêuticas. Com base em grandes conjuntos de dados, algoritmos de aprendizado de máquina podem identificar padrões e prever resultados, como risco de abandono do tratamento.

Realidade virtual

A realidade virtual (RV) cria ambientes digitais totalmente imersivos através de dispositivos como óculos, enquanto a realidade aumentada (RA) sobrepõe informações virtuais ao mundo real físico em tempo real. Na terapia, a RV pode simular situações difíceis de forma segura para exercícios de exposição, como fobias ou cenários potencialmente traumáticos, ao passo que a RA permite experiências aumentadas ao vivo, como sobrepor conteúdo educativo ou adicionar avatares em ambientes reais durante sessões.

Apesar dos muitos benefícios potenciais, o avanço dessas tecnologias traz preocupações acerca da autenticidade e de influências indesejadas. Um risco significativo está na desumanização decorrente da automação excessiva, bem como na dependência dos sistemas automatizados e análises algorítmicas para a tomada de decisão. Essas situações podem comprometer a conexão interpessoal, crucial na terapia, levando pacientes a sentirem que estão sendo tratados como "números" em vez de indivíduos únicos.

Além disso, há quem defenda que a tecnologia possa substituir completamente a expertise e o julgamento humano insubstituível. *Chatbots* e inteligências artificiais, por exemplo, não apenas são incapazes de compreender expressões humanas, como podem reforçar crenças e comportamentos prejudiciais a indivíduos em estados mentais frágeis se programados com dados enviesados (Abd-Alrazaq et al., 2021; Elendu et al., 2023). A falta de transparência por parte de muitas *big techs* sobre os detalhes dos algoritmos subjacentes e conjuntos de dados usados para treinar esses sistemas alimenta, portanto, preocupações. Outra questão perturbadora é a manipulação emocional facilitada pelas *deepfakes*, que podem ser utilizadas para semear dúvidas, desconfiança e teorias da conspiração prejudiciais, explorando gatilhos emocionais que podem desencadear crises ou exacerbar condições de saúde mental (Santos, 2024).

Diante disso, a psicóloga e o psicólogo devem adotar a tecnologia com sabedoria, como uma ferramenta facilitadora de objetivos clínicos legítimos e não uma substituta dos elementos essenciais da prática. A atualização profissional contínua e a educação abrangente sobre seus fundamentos técnicos permitirão uma melhor compreensão da sua aplicação ética, não apenas nas modalidades virtuais, mas também nos contextos subjacentes.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revolução digital está remodelando rapidamente o campo da saúde mental e da psicoterapia, abrindo novas fronteiras para o atendimento *on-line* e modalidades de tratamento aprimoradas. Nesse sentido, as informações contidas neste Protocolo de Diretrizes visam aproximar objetivamente psicólogos e psicólogas das principais temáticas relacionadas à terapia *on-line*, sem substituir, no entanto, a necessidade da atualização profissional e do engajamento no rastreio de como esse cenário tecnológico em evolução pode impactar suas práticas de formas imprevistas.

Um princípio central a ser observado na prática psicológica é a promoção da autonomia e autodeterminação dos pacientes, permitindo que tomem decisões verdadeiramente conscientes sobre sua jornada de cuidado *on-line*. Nesse contexto, informá-los sobre especificidades da modalidade, capacitá-los nas TDICs utilizadas durante os atendimentos e atividades terapêuticas, ajustar suas expectativas quanto às possibilidades de tratamento (esclarecendo, sobretudo, as limitações da telepsicoterapia) e avaliar continuamente sua satisfação com o processo terapêutico são atitudes indispensáveis. Ao minimizar os entraves à psicoterapia *on-line*, a dupla terapêutica pode concentrar seus esforços na construção de uma relação autêntica que influenciará o paciente na adoção de uma postura ativa.

De modo geral, a adesão bem-sucedida das TDICs no campo da Psicologia exige um compromisso sério e contínuo com práticas éticas rigorosas de privacidade, consentimento, equidade e beneficência centrada no paciente. Educar-se, colaborar com a construção científica e permanecer vigilante às implicações da modalidade *on-line* não são apenas deveres do psicólogo, mas atitudes essenciais à uma prática responsável e eficaz.

13. REFERÊNCIAS

Abd-Alrazaq, A. A., Alajlani, M., Ali, N., Denecke, K., Bewick, B. M., & Househ, M. (2021). Perceptions and opinions of patients about mental health chatbots: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research, 23*(1), e17828. https://doi.org/10.2196/17828

Almondes, K. M., & Teodoro, M. L. M. (2021). *Terapia on-line*. Hogrefe.

Associação Brasileira do Sono. (2023). *Profissionais certificados sono psicologia*. https://absono.com.br/profissionais-certificados-psicologia-sono/

Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133–178). American Psychological Association. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11132-004

Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2019). Videoconferencing psychotherapy and depression: A systematic review. *Telemedicine and E-Health, 25*(6), 435–446. https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058

Blom, K., Jernelöv, S., Rück, C., Lindefors, N., & Kaldo, V. (2016). Three-year follow-up of insomnia and hypnotics after controlled internet treatment for insomnia. *Sleep, 39*(6), 1267–1274. https://doi.org/10.5665/sleep.5850

Blom, K., Tarkian Tillgren, H., Wiklund, T., Danlycke, E., Forssén, M., Söderström, A., Johansson, R., Hesser, H., Jernelöv, S., Lindefors, N., Andersson, G., & Kaldo, V. (2015). Internet vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behaviour Research and Therapy, 70*, 47–55. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.002

Büscher, R., Torok, M., Terhorst, Y., & Sander, L. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy to reduce suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open, 3*(4), e203933. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3933

Cardoso, N. de O., Tagliapietra, K. da R., Salvador, E. Z., & Machado, W. de L. (2023). Adherence to on-line psychotherapy during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Psico-USF, 28*(1), 117–132. https://doi.org/10.1590/1413-82712023280110

Conselho Federal de Psicologia. (1995). *Resolução CFP nº 002/95, de 20 de fevereiro de 1995: Dispõe sobre prestação de serviços psicológicos por telefone*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1995/02/resolucao1995_2.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução CFP nº 003/2000, de 25 de setembro de 2000: Regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediado por computador*. https://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao40.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2005a). *Código de ética profissional do psicólogo*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2005b). *Resolução CFP nº 012/2005, de 18 de agosto de 2005: Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP nº 003/2000*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/08/resolucao2005_12.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Resolução CFP nº 011/2012, de 21 de junho de 2012: Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP nº 012/2005*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução CFP nº 011/2018, de 11 de maio de 2018: Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP nº 011/2012*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Nota técnica nº 7/2019: Orienta psicólogas(os) sobre a utilização de testes psicológicos em serviços realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação*. https://satepsi.cfp.org.br/docs/NotaTecnicaCFP072019.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Nota orientativa sobre o uso de testes psicológicos informatizados/computadorizados e/ou de aplicação remota/on-line*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Nota-orientativa-sobre-o-uso-de-testes-psicol%C3%B3gicos-informatizados.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Reflexões e orientações sobre a prática da psicoterapia*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/06/caderno_reflexoes_e_orientacoes_sobre_a_pratica_de_psicoterapia.pdf

Davis, K. A., Zhao, F., Janis, R. A., Castonguay, L. G., Hayes, J. A., & Scofield, B. E. (2023). Therapeutic alliance and clinical outcomes in teletherapy and in-person psychotherapy: A noninferiority study during the COVID-19 pandemic. *Psychotherapy Research*. Advance on-line publication. https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2229505

Drager, L. F., Assis, M., Bacelar, A. F. R., Poyares, D. L. R., Conway, S. G., Pires, G. N., de Azevedo, A. P., Carissimi, A., Eckeli, A. L., Pentagna, Á., Almeida, C. M. O., Franco, C. M. R., Sobreira, E. S. T., Stelzer, F. G., Mendes, G. M., Minhoto, G. R., Linares, I. M. P., Sousa, K. M. M., Gitaí, L. L. G., Sukys-Claudino, L., & Martinez, S. C. G. (2023). 2023 guidelines on the diagnosis and treatment of insomnia in adults – Brazilian Sleep Association. *Sleep Science, 16*(2), 507–549. https://doi.org/10.1055/s-0043-1776281

Ebert, D. D., Daele, T. V., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., ... Baumeister, H. (2018). Internet- and mobile-based psychological interventions: Applications, efficacy, and potential for improving mental health. *European Psychologist, 23*(2), 167–187. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318

Elendu, C., Amaechi, D. C., Elendu, T. C., Jingwa, K. A., Okoye, O. K., John Okah, M., Ladele, J. A., Farah, A. H., & Alimi, H. A. (2023). Ethical implications of AI and robotics in healthcare: A review. *Medicine, 102*(50), e36671. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000036671

Espie, C. A., Kyle, S. D., Williams, C., Ong, J. C., Douglas, N. J., Hames, P., & Brown, J. S. (2012). A randomized, placebo-controlled trial of on-line cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep, 35*(6), 769–781. https://doi.org/10.5665/sleep.1872

Espie, C. A., Kyle, S. D., Miller, C. B., Ong, J., Hames, P., & Fleming, L. (2014). Attribution, cognition and psychopathology in persistent insomnia disorder: Outcome and mediation analysis from a randomized placebo-controlled trial of on-line cognitive behavioural therapy. *Sleep Medicine, 15*(8), 913–917. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.03.001

Espie, C. A., Emsley, R., Kyle, S. D., Gordon, C., Drake, C. L., Siriwardena, A. N., Cape, J., Ong, J. C., Sheaves, B., Foster, R., Freeman, D., Costa-Font, J., Marsden, A., & Luik, A. I. (2019). Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 76*(1), 21–30. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2745

Felder, J. N., Epel, E. S., Neuhaus, J., Krystal, A. D., & Prather, A. A. (2020). Efficacy of digital cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia symptoms among pregnant women: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 77*(5), 484–492. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4491

Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 218*, 15–22. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.046

Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G. M., Yu, L. M., Nickless, A., Harrison, P. J., Emsley, R., Luik, A. I., Foster, R. G., Wadekar, V., Hinds, C., Gumley, A., Jones, R., Lightman, S., Jones, S., Bentall, R., Kinderman, P., Rowse, G., Brugha, T., Blagrove, M., & Espie, C. A. (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): A randomised controlled trial with mediation analysis. *The Lancet Psychiatry, 4*(10), 749–758. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30328-0

Gentry, M. T., Lapid, M. I., Clark, M. M., & Rummans, T. A. (2019). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 25*(6), 327–342. https://doi.org/10.1177/1357633X18775855

Giovanetti, A. K., Punt, S. E. W., Nelson, E. L., & Ilardi, S. S. (2022). Teletherapy versus in-person psychotherapy for depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Telemedicine and E-Health, 28*(8), 1077–1089. https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0294

Jones, C., Miguel-Cruz, A., Smith-MacDonald, L., Cruikshank, E., Baghoori, D., Kaur Chohan, A., Laidlaw, A., White, A., Cao, B., Agyapong, V., Burback, L., Winkler, O., Sevigny, P. R., Dennett, L., Ferguson-Pell, M., Greenshaw, A., & Brémault-Phillips, S. (2020). Virtual trauma-focused therapy for military members, veterans, and public safety personnel with posttraumatic stress injury: Systematic scoping review. *JMIR mHealth and uHealth, 8*(9), e22079. https://doi.org/10.2196/22079

Kaldo, V., Jernelöv, S., Blom, K., Ljótsson, B., Brodin, M., Jörgensen, M., Kraepelien, M., Rück, C., & Lindefors, N. (2015). Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy, 71*, 90–100. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.001

Krzyzaniak, N., Greenwood, H., Scott, A. M., Peiris, R., Cardona, M., Clark, J., & Glasziou, P. (2024). The effectiveness of telehealth versus face-to-face interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare, 30*(2), 250–261. https://doi.org/10.1177/1357633X211053738

Lee, J. H. N., Chong, E. S. K., Chui, H., Lee, T., Luk, S., Tao, D., & Lee, N. W. T. (2023). A curvilinear association between therapists' use of discourse particles and therapist empathy in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 70*(5), 562–570. https://doi.org/10.1037/cou0000696

Lisi, D. M., Hawley, L. L., McCabe, R. E., Rowa, K., Cameron, D. H., Richter, M. A., & Rector, N. A. (2023). On-line versus in-person delivery of cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder: An examination of effectiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Advance on-line publication. https://doi.org/10.1002/cpp.2908

Lopes, A. P., & Martiny-Costa, C. (2021). Atendimento e supervisão psicoterápica on-line. In R. Gorayeb, M. C. Miyazaki, & M. Teodoro (Eds.), *PROPSICO: Programa de atualização em psicologia clínica e da saúde* (Ciclo 5, Vol. 3, pp. 9–48). Artmed/Secad.

Neufeld, C. B., & Szupszynski, K. P. D. R. (2022). *Intervenções on-line e terapias cognitivo-comportamentais*. Artmed.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133–154. https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002

Santos, K. M. (2024). *Como o uso de deepfakes pode impactar as relações sociais na cibersociedade*. ENECULT. https://www.enecult.ufba.br/modulos/submissao/Upload-568/132368.pdf

Sartes, L. M. A., Santos, C. G. B., & Ribeiro, N. S. (2022). A relação terapêutica nas intervenções on-line. In C. B. Neufeld & K. P. D. R. Szupszynski (Eds.), *Intervenções on-line e terapias cognitivo-comportamentais* (Cap. 3). Artmed.

Wehmann, E., Köhnen, M., Härter, M., & Liebherz, S. (2020). Therapeutic alliance in technology-based interventions for the treatment of depression: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 22*(6), e17195. https://doi.org/10.2196/17195

PROTOCOLO 2

Caderno Técnico 1

Identificação de Alterações do Estado Mental em Profissionais da Segurança Pública no Contexto de Porte de Arma de Fogo

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 2

Coordenação geral do projeto

Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Docentes

Profa. Dra. Cristiane Faiad (UnB)

Prof. Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira (UnB)

Discentes

Doutoranda Júlia Salles Menezes (UnB)

Mestranda Lídia Figueiredo dos Santos (UnB)

Graduando Gustavo Salgueiro Rocha (UnB)

Graduando Renan Rodrigues da Silva Saraiva (UnB)

Graduando Matheus Felipe Gomes Camargo (UnB)

FICHA TÉCNICA

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Justiça e Segurança Pública
Wellington César Lima e Silva

Secretário Nacional de Segurança Pública
Francisco Lucas Costa Veloso

Reitora da UFMG
Sandra Regina Goulart Almeida

Diretor Executivo da FUNDEP
Prof. Jaime Arturo Ramírez

Diretor do Sistema Único de Segurança Pública
João Alberto Nogueira Júnior

Coordenadora-Geral de Valorização Profissional
Juliana Ribeiro

Coordenador de Promoção e Proteção de Direitos
Gustavo de Souza Rocha

Coordenadora de Saúde e Qualidade de Vida
Janaina Marcondes de Moura

Coordenação Técnica do Projeto/SENASP
Rubia Minuzzi Tschiedel

Coordenação do TED/UFMG
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Equipe de Pesquisa
Docentes
Cristiane Faiad de Moura (UnB)
Darlindo Ferreira Lima (UFPE)
Helian Nunes de Oliveira (UFMG)
Juliana Alvares Teodoro (UFMG)
Katie Moraes de Almondes (UFRN)
Luciana Almeida Santos (UFMG)
Luciene O. Rocha Lopes (UFMG)
Marcela Mansur-Alves (UFMG)
Paulo Eduardo R A Evangelista (UFMG)
Sérgio Eduardo S Oliveira (UnB)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)
Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Pesquisadores
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Letícia Senobio dos Santos
Ana Ludmila Santos Plauska
Brena Thaísa Q. Melo
Carolina Sousa Azulay
Francisco Guilherme Lima Macedo
Gustavo Salgueiro Rocha
Isaak Felipe de Araújo Sales
Isabela Ferreira Coelho
Isabella Ferreira Pinheiro
Júlia Eduarda V de Almeida
Júlia Salles Menezes
Lara Letícia Pinto Barbosa
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lídia Figueiredo dos Santos
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Marcos Arthur R A Macedo
Mateus Guimarães Nobre
Matheus Felipe G Camargo
Mônica M. Oliveira Melo
Patrícia de Cássia C Campos
Pedro Henrique Francisco de Assis
Rafael Ferreira Simões
Renan Rodrigues da Silva Saraiva
Tayanne de Araujo Lobão
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

Equipe TI
Breno Max Horta Melo
Danielle Resende de Pádua
Paulo Rodrigues Gomes

Equipe Técnica da SENASP
Cirla Busato
Cristiano Abirached Junqueira Lopes
João Paulo de Medeiros
Iranilto Sales de Almeida
Laura Lucia Maximo
Thiago Machado de Araújo

Analista de projetos da FUNDEP
Fernanda Gonçalves de Araujo

Organização e Projeto Gráfico
Janaína Marcondes de Moura

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Acre
AL	Alagoas
AP	Amapá
AM	Amazonas
BA	Bahia
CBM	Corpo de Bombeiros Militar
CE	Ceará
DF	Distrito Federal
DP	Desvio-padrão
EEM	Exame do Estado Mental
ES	Espírito Santo
E-SUSP	Escuta SUSP
GO	Goiás
ITC	Instituto Técnico-Científico
M	Média
MA	Maranhão
MG	Minas Gerais
MS	Mato Grosso do Sul
MT	Mato Grosso
PA	Pará
PB	Paraíba
PC	Polícia Civil
PE	Pernambuco
PI	Piauí
PM	Polícia Militar
PP	Polícia Penal
PR	Paraná
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
RO	Rondônia
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SE	Sergipe
SP	São Paulo
SUSP	Sistema Unificado de Segurança Pública
TO	Tocantins
UFs	Unidades Federativas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 55

2. FUNDAMENTOS E CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 56
Introdução 56
Objetivo 58
Método 58
Resultados 62
Documentos identificados 62
Critérios Identificados por Categorias Amplas 64
Critérios Identificados por Instituição 67
Entrevista com Profissional da Polícia Civil de Santa Catarina 71
Visita à Policlínica de uma Instituição de Segurança Pública do Distrito Federal 72
Visita a Presídios do Distrito Federal 73
Criação do *Checklist* de Indicação para Avaliação Psicológica 74
Discussão 76

3. INSTRUÇÕES PARA O USO DO PROTOCOLO DE INDICAÇÃO PARA AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL 79
Apresentação 79
Utilização do Protocolo 79
Orientações gerais sobre o *checklist* 79
Considerações acerca das perguntas exemplos 80
Considerações sobre o preenchimento do *checklist* 81
Considerações sobre o contexto da segurança pública 82
Condutas esperadas 83
Domínios do Protocolo 83
Consciência 84
Atenção 84
Sensopercepção 85
Orientação 87
Memória 88
Inteligência 90

Afeto 91
Pensamento 92
Juízo Crítico 94
Conduta 96
Sono 98

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 100

5. APÊNDICES 102

6. REFERÊNCIAS 106

1. INTRODUÇÃO

O **Protocolo de Identificação de Alterações do Estado Mental para Profissionais de Segurança Pública** foi desenvolvido pelo Projeto Escuta Sistema Único de Segurança Pública (E-SUSP). O Projeto E-SUSP foi criado para investigar modelos de intervenção psicológica on-line para profissionais de segurança pública, com vistas à promoção da saúde mental e da qualidade de vida dessa população.

No contexto do E-SUSP, o presente protocolo foi elaborado como uma ferramenta para identificar os profissionais que apresentavam um quadro psicológico crítico, capaz de colocar o próprio indivíduo ou outras pessoas em risco de morte, em específico na manutenção do porte de arma de fogo. Considerando que a arma de fogo é instrumento de trabalho dos profissionais da segurança pública, a manutenção de acesso a esse instrumento potencialmente letal pode elevar o risco, quando o profissional não apresenta quadro psicológico estável para tal. Nesse sentido, visando à promoção da vida de todos os participantes do E-SUSP, o protocolo foi estruturado como um sistema de registro de casos com graves alterações no funcionamento do estado mental que podem aumentar o risco de morte, limitando-se à identificação da presença de indicadores de risco, sem caráter avaliativo ou decisório acerca do porte de armas de fogo. O protocolo foi fundamentado no modelo de Exame do Estado Mental (EEM), para registrar os principais domínios do funcionamento psicológico que se apresentavam agudamente alterados durante as sessões de avaliação psicológica e/ou psicoterapia e que implicavam risco psicológico. Os casos que apresentaram alterações importantes foram levados a conhecimento das instituições para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica para aferição das capacidades psicológicas momentâneas dos profissionais e, consequentemente, de uma possível necessidade de retirada de porte de arma de fogo. O objetivo final desse procedimento foi proteger e promover a vida dos profissionais de segurança pública.

2. FUNDAMENTOS E CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

Introdução

Os profissionais de segurança pública são responsáveis pela manutenção da civilidade entre os membros da sociedade por meio dos serviços de segurança. Logo, precisam estar psicologicamente aptos para atender às demandas sociais (Albarello, 2022). No Brasil, a Lei nº 10.826 (2003), que instituiu o Estatuto do Desarmamento e foi regulamentada pelo Decreto nº 5123 de 1º de julho de 2004, estabelece vedação geral do porte de arma de fogo, excetuando dessa proibição determinadas categorias profissionais para os quais o porte constitui prerrogativa funcional e da legislação específica aplicável. No exercício de suas funções, os profissionais precisam empregar suas armas de fogo de forma apropriada e cautelosa, seguindo rigorosamente as normas de segurança e os princípios legais. No entanto, mesmo com treinamento técnico adequado, consequências adversas relacionadas ao uso dessas armas podem ocorrer, principalmente quando o policial não está em condições psicológicas adequadas para seu uso (Caneda & Teodoro, 2012; Faiad et al., 2021; Joseph et al., 2025; Vecchi, 2023).

A carreira dos profissionais de segurança pública é impactada por uma carga de estresse inerente à profissão, por exigências sociais e de superiores hierárquicos e pela violência frequentemente enfrentada. Esses fatores estão associados a diferentes problemas de saúde física e mental, como desenvolvimento de transtornos mentais, morbidades físicas e abuso de álcool, afetando o desenvolvimento de atividades atinentes à profissão e, consequentemente, a capacidade de utilização de armas de fogo (Gavin & Poter, 2024; Melo, 2022; Rooney & McNicholas, 2020; Vecchi, 2023). Desse modo, o investimento e monitoramento constante na saúde mental de trabalhadores que fazem uso de armas de fogo, por parte das instituições, são importantes e prementes, de modo a protegê-los e a sociedade.

A avaliação para manuseio de arma de fogo possui caráter obrigatório, sendo caracterizada como avaliação psicológica compulsória normativa (Faiad & Alves, 2018; Faiad et al., 2021). A depender do contexto, para o manuseio de armas de fogo, é necessária a comprovação da aptidão psicológica a partir

de laudo conclusivo fornecido por psicólogo credenciado na Polícia Federal. O laudo fornecido por psicólogos da Polícia Federal ou por esta credenciados determina se o candidato é considerado "apto" ou "inapto". A pretensão da avaliação psicológica, nesse contexto, envolve predizer o risco de sofrer ou produzir riscos ou acidentes e identificar dimensões psicológicas essenciais para o acesso a esse direito. (Resende, 2017). A comprovação de aptidão psicológica é requisito necessário para registrar e ter porte de arma, sendo seu porte ilegal crime inafiançável (Hasbun et al., 2021). O procedimento da avaliação psicológica nesse contexto, está especificado na Instrução Normativa nº 78 (Polícia Federal, 2014), que indica quais técnicas precisam ser minimamente aplicadas, o perfil a ser avaliado, o modelo do laudo, bem como dispõe sobre questões administrativas e processuais. O documento em questão foi elaborado para a avaliação de vigilantes, mas precisa ser seguido por todos os psicólogos credenciados da Polícia Federal, independente do contexto de avaliação. Importante ressaltar que o documento também tem sido utilizado como parâmetro para algumas instituições no Brasil que demandam essa avaliação, mesmo que não contempladas na IN78. No contexto da segurança pública, o porte de arma é entregue por grande parte das instituições como prerrogativa da natureza da tarefa, utilizando-se da fase de avaliação psicológica do concurso público e, não, de uma avaliação específica para essa finalidade. Já que a instrução não contempla qualquer exigência ou norma às Instituições de Segurança Pública, cabe a cada uma a construção de um modelo avaliativo. Outra norma que dispõe sobre a avaliação para concessão de registro de porte de arma de fogo é a Resolução nº 01 de 2022 (Conselho Federal de Psicologia, 2022). O documento em questão rege todos os psicólogos que trabalham nesse contexto e estabelece uma proposta de construtos que minimamente precisam ser avaliados, além de exigir como modelo de documento psicológico o parecer psicológico, conforme a Resolução nº 06 de 2019 (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Apesar de estabelecer uma orientação procedimental ao psicólogo, também não identifica um perfil que determine a aptidão ou a inaptidão na avaliação do porte, cabendo ao profissional essa decisão.

Um dos desafios no contexto de segurança pública tem sido o processo de acompanhamento de policiais que fazem uso de arma de fogo, mas apresentam algum indicador preocupante de saúde mental. Afinal, as duas normas que regem essa avaliação contemplam as exigências para a concessão do porte de arma, não havendo qualquer referência sobre quando uma pessoa

perde a aptidão para porte e manuseio de armas de fogo. A avaliação de retirada tem sido orientada de diferentes formas entre as Instituições de Segurança Pública no país, nem sempre exigindo uma avaliação psicológica. Contudo, devido aos constantes desafios experimentados ao longo da carreira, além da exposição prolongada ao estresse, é improvável que um profissional da segurança apresente igual aptidão psicológica no decorrer de sua trajetória ocupacional (Caneda & Teodoro, 2010; Vecchi, 2023). Em algum momento, pode vir a apresentar alguma instabilidade emocional ou fato que possa colocar em risco a sua vida e a de outros, na permanência do uso da arma. Nesse sentido, a revogação da concessão, tão pouco estudada no Brasil, ainda precisa ser mais conhecida. Assim, este trabalho visa identificar quando e como se faz necessário o desarmamento de um profissional da segurança pública. Afinal, como as instituições de segurança pública têm praticado a retirada de arma de fogo de um policial, quando necessário? Quais são os casos e procedimentos normatizados nas instituições de segurança pública? Há protocolos ou procedimentos já existentes no Brasil que direcionem essa prática?

Objetivo

O objetivo geral do presente trabalho é mapear, por meio de uma análise documental, os critérios para desarmamento disponíveis em documentos das seguintes instituições de segurança pública no Brasil: Corpo de Bombeiros Militar, Polícia Militar, Polícia Civil e Instituto Técnico-Científico. A partir desse mapeamento, a finalidade deste trabalho é desenvolver um protocolo (*checklist*) de indicadores que sinalizam a necessidade de direcionar os profissionais de segurança pública para uma avaliação para processo de desarmamento. É também objetivo deste trabalho compreender, por meio de visita técnica e de entrevista com profissionais da saúde, atuantes no Sistema de Segurança Pública, o modo como a avaliação e determinação de desarmamento de profissionais de segurança pública é realizado.

Método

O processo de elaboração do protocolo começou pela busca ativa por documentos, leis, portarias e normativas que regulamentam a aquisição e retirada da posse de arma de fogo, em todos as Unidades Federativas (UFs) do país, nas seguintes instituições: Polícia Militar (PM), Polícia Civil (PC), Polícia

Penal (PP), Instituto Técnico-Científico (ITC) e Corpo de Bombeiros Militar (CBM). Os pesquisadores, com auxílio da internet, buscaram esses documentos nos sites dessas instituições, no diário oficial ou em quaisquer outras fontes governamentais. Foram usados, na barra de pesquisa do navegador e dos sites institucionais que permitiam busca interna por palavras-chave, os seguintes termos em múltiplas combinações: "portaria", "normativa", "registro", "arma de fogo", "porte de arma", "armamento", "retirada", "suspensão". Na ocasião de insucesso em recuperar informações por meio do uso desses termos, houve buscas nos sites das instituições de segurança pública nas páginas sobre legislações internas.

Realizada a busca, os pesquisadores catalogaram os documentos encontrados, com auxílio do software Microsoft Excel, em uma planilha onde constavam o nome do documento, UF de origem, instituição responsável pelo documento, link para acesso e uma sinalização de quais artigos, seções ou capítulos do documento seriam relevantes ao objeto da pesquisa.

Os documentos foram analisados e foi desenvolvida uma planilha contendo os critérios dispostos nesses documentos para a retirada de porte de armas. Na presente pesquisa, a palavra "critérios" é usada para referir-se às diretrizes para o desarmamento dos profissionais contidas nos documentos (artigos, parágrafos, caputs, alíneas). Dadas as variações existentes entre os documentos na forma como os critérios são redigidos (ex.: uso de drogas / uso de entorpecentes / consumo de substâncias ilegais), foram elaboradas categorias temáticas e cada critério foi registrado por meio dessas categorias. A formação das categorias foi feita a partir de uma leitura inicial de todos os critérios identificados. Foram desenvolvidas 18 categorias, descritas a seguir.

A. Portar armas de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga
B. Uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica
C. Processos administrativos ou disciplinar
D. Ser exonerado/demitido ou afastado/férias
E. Restrição médica/física
F. Restrição psicológica/mental
G. Quando cometido crime, em processo de julgamento ou prisão
H. Disparo por negligência
I. Perda de arma
J. Conduta, "mau comportamento"

K. Não aparecer para inspeção
L. Não renovar
M. Não realizar treinamentos quando convocado
N. Falta de zelo/má utilização do armamento
O. Determinação Judicial
P. Usar armas da instituição para atividade extraprofissional
Q. Violência contra mulher
R. Medidas protetivas
S. Ameaça

Essas 18 (dezoito) categorias foram posteriormente organizadas em três amplas categorias, a saber: I. Saúde mental/física; II. Uso inadequado da arma; III. Restrição administrativa judicial. Essas categorias maiores foram desenvolvidas de modo a organizar os achados em eixos temáticos comuns. A organização das amplas categorias com as específicas é apresentada a seguir.

I. Saúde mental/física
B. Uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica
E. Restrição médica/física
F. Restrição psicológica/mental

II. Uso inadequado da arma (comportamento/conduta)
A. Portar armas de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga
H. Disparo por negligência
I. Perda da arma
J. Conduta, "mau comportamento"
N. Falta de zelo/má utilização do armamento
P. Usar armas da instituição para atividade extraprofissional

III. Restrição administrativa/judicial
C. Processos administrativos ou disciplinar
D. Ser exonerado/demitido ou afastado/férias, transferências
G. Quando cometido crime, em processo de julgamento ou prisão
K. Não aparecer para inspeção

A codificação das categorias foi realizada pelos pesquisadores de forma independente e, em casos de dúvidas de categorização, a decisão final foi feita

por consenso. Para ampliar o entendimento sobre o tema, a equipe consultou alguns profissionais que trabalham diretamente no atendimento à saúde mental de profissionais da segurança pública. Foi realizada uma entrevista on-line, uma com uma profissional da Polícia Civil de Santa Catarina, que teve como objetivo fornecer, para a equipe, um conhecimento a respeito de como é o trabalho realizado por um profissional psicólogo, inserido em uma instituição de segurança pública. Foi objetivo identificar o processo de como é feito o desarmamento de profissionais da referida instituição, assim como compreender os critérios utilizados para essa decisão. Além disso, foi feita uma visita técnica à policlínica de uma instituição de segurança pública do Distrito Federal (DF) para conhecer um pouco do funcionamento dos profissionais que integram essa instituição e como eles trabalham com os problemas de saúde mental de policiais civis do DF. O objetivo da visita técnica foi levantar as mesmas informações da entrevista, isto é, saber como é feito o processo de desarmamento e os fatores que levam a essa tomada de decisão.

A construção do protocolo foi feita com base nos resultados da análise documental, das entrevistas e da visita técnica. O método que fundamenta o *checklist* é baseado na abordagem do Exame do Estado Mental (EEM). Assim, para sua elaboração, os pesquisadores identificaram as dimensões cujas alterações podem apresentar risco potencial para o uso de armas de fogo. Por exemplo, afeto é uma dimensão selecionada, tendo em vista que a desregulação emocional (alteração do domínio do afeto) pode repercutir em um mau uso da arma de fogo. Assim, a dimensão da linguagem não foi incluída no protocolo, tendo em vista que suas alterações não implicam em riscos para o uso de armas de fogo. Após a seleção, definições e indicação de critérios, o protocolo foi submetido para avaliação de juízes. Cinco profissionais da área da segurança pública, com vasta experiência na avaliação psicológica e/ou em processos de desarmamento de profissionais de segurança pública, avaliaram as dimensões e seus critérios, por meio de entrevistas individuais. Para cada dimensão, os juízes avaliaram a clareza e a pertinência das definições e critérios. Ademais, os juízes indicaram os cinco domínios/critérios mais críticos, os quais, quando presentes, devem ser cuidadosamente analisados. Essa avaliação foi feita por ordem de prioridade, variando de um (mais importante) a cinco (quinto mais importante).

Resultados

Documentos identificados

Foram identificados 65 documentos das diferentes instituições de segurança pública objetos desta pesquisa, a saber, Polícia Militar (PM), Polícia Civil (PC), Polícia Penal (PP), Instituto Técnico-Científico (ITC) e Corpo de Bombeiros Militar (CBM). Os documentos foram identificados nas 26 unidades federativas, bem como no Distrito Federal. A Tabela 1 apresenta as principais informações acerca dos documentos identificados e analisados neste trabalho.

Tabela 1

Documentos Identificados e Analisados

Unidade da Federação	Instituição	Normativa
Acre (AC)	CBM	Portaria nº 008, de janeiro de 2006
	PP	Lei complementar nº 392, de 17 de dezembro de 2021
Alagoas (AL)	PC	Portaria/PC/AL nº 5495/2017
Amapá (AP)	PP	Portaria nº 307 de 06 de dezembro de 2019
Amazonas (AM)	PP	Portaria interna nº 061/2023-Gabinete/SEAP
Bahia (BA)	CBM	Compêndio de Legislação Estadual Aplicada aos Militares da Bahia/2020
	PC	Instrução Normativa nº 01 de 18 de setembro de 2017
	PM	Portaria nº 035-CG/2005, de 7 de setembro de 2005
	PP	Decreto nº 15.198 de 10 de junho de 2014
Ceará (CE)	CBM	Estatuto dos Militares Estaduais do Ceará/2023
	PM	Instrução Normativa nº 01, de 30 de maio de 2006
	PP	Portaria nº 262/2021
Distrito Federal (DF)	CBM	Portaria nº 7, de 27 de fevereiro de 2013
	PC	Portaria nº 07, de 04 de fevereiro de 2020
	PM	Portaria PMDF nº 1.229, de 03 de dezembro de 2021
	PP	Portaria nº 40, de 28 de março de 2019

Unidade da Federação	Instituição	Normativa
Espírito Santo (ES)	CBM	Portaria nº 077-R, de 04 de novembro 2004
	PP	Portaria nº 1.232-S, de 26 de agosto de 2014
Goiás (GO)	CBM	Norma Administrativa nº 24/2023
	PC	Portaria Normativa nº 007/2021 - SEAA/DAG/DGA/DGPC- 16173
	PM	Portaria nº 16.916, de 28 de julho de 2022
	ITC	Portaria nº 086/2020 - SSP
	PP	Portaria nº 0089 2017 SSP
Maranhão (MA)	PC	Portaria nº 133/2013 - DG/PC/MA
	PM	Portaria nº 002/2006
	PP	Decreto nº 33.332, de 13 de setembro de 2017. Portaria nº 376, de 23 de junho de 2015
Mato Grosso (MT)	PM e CBM	Decreto nº 961, de 23 de janeiro de 2012
	PP	Instrução normativa nº 002/2018/GAB/SEJUDH
Mato Grosso do Sul (MS)	CBM	Diretriz nº 001/BM-2, de 18 de julho de 2005
	PP	Portaria nº 79, de 04 de novembro de 2023.
Minas Gerais (MG)	PM	Instrução nº 02/98-CG
	PP	Lei Ordinária 21068 2013
Pará (PA)	CBM	Boletim Geral nº 185/2018
	PM	Portaria nº 366/11 - Gab. Cmdo
	PP	Portaria nº 499/2021-GAB/SEAP/PA
Paraíba (PB)	PM	Resolução nº GCG/0006/2012-CG
	PP	Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003
Paraná (PR)	CBM	Portaria do Comando-Geral nº 046, de 21 de janeiro de 2010
	PM	Portaria do Comando-Geral nº 100, de 20 de março de 2020
	PP	Portaria 037/2024-DEPPEN/GAB
Pernambuco (PE)	CBM	Portaria do Comando-Geral nº 189, de 03 de agosto de 2021
	PM	Decreto nº 39.316, de 19 de abril de 2013
	PP	Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003
Piauí (PI)	PM	Portaria nº 129-GCG/2006, de 06 de junho de 2006

Unidade da Federação	Instituição	Normativa
Rio de Janeiro (RJ)	CBM	Instrução do Comando-Geral nº 2-1:2022
	PP	Emendas de plenário, em regime de urgência, em discussão única, ao projeto de lei complementar nº 59/2022, de autoria do poder executivo (Mensagem nº 12/2022)
Rio Grande do Norte (RN)	PM	Portaria Normativa nº 014/CG/PMRN, de 07 de abril de 2020
	PP	Portaria nº 090/2019-GS/SEAP
Rio Grande do Sul (RS)	PM	Resolução nº 148/2015
	PP	Decreto nº 53.281, de 03 de novembro de 2016
Rondônia (RO)	CBM	Portaria nº 002/DIAE, de 20 de janeiro de 2012
	PP	Lei complementar nº 1.102, de 26 de outubro de 2021
Roraima (RR)	CBM	Instrução Normativa nº 001/DINT/CBMRR/2018
	PP	Portaria nº 181/2022
Santa Catarina (SC)	CBM	Portaria nº 8 de 19 de janeiro de 2006
	PC	Resolução nº 29/GAB/DGPC/PCSC/2022
	PM	Portaria nº 453/PMSC/2022
	PP	Portaria nº 3227/GABS/SAP/2023
São Paulo (SP)	PM	Diário Oficial Poder Executivo - Seção I, 5 de agosto de 2020
	PP	Resolução SAP – 106, de 14 de setembro de 2018
Sergipe (SE)	PM	Lei nº 2.066, de 23 de dezembro de 1976
	PP	Decreto nº 30.592, de 29 de março de 2017
Tocantins (TO)	CBM	Portaria nº 001/2020/ASSINT, de 21 de fevereiro de 2020.
	PP	Resolução nº 547, de 27 de outubro de 2022

Nota. CBM = Corpo de Bombeiro Militar; PC = Polícia Civil; PM = Polícia Militar; ITC = Instituto Técnico-Científico; PP = Polícia Penal.

Critérios Identificados por Categorias Amplas

Após a leitura e identificação dos trechos dos documentos que reportam indicadores ou critérios para desarmamento de profissionais de segurança pública, cada um desses itens foi categorizado. A Tabela 2 apresenta as categorias mais frequentes identificadas nos documentos analisados.

Tabela 2

Critérios por Categoria

Categoria	Quantidade de critérios nas normativas	Subcategoria	Quantidade de critérios nas normativas
Saúde mental/física (I)	95	Uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica (B)	12
		Restrição médica/física (E)	43
		Restrição psicológica/mental (F)	51
Uso inadequado da arma (comportamento / conduta) (II)	114	Portar armas de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga (A)	25
		Disparo por negligência (H)	18
		Perda da arma (I)	18
		Conduta, "mau comportamento" (J)	16
		Falta de zelo/má utilização do armamento (N)	31
		Usar armas da instituição para atividade extraprofissional (P)	15
Restrição administrativa/ judicial (III)	178	Processos administrativos ou disciplinar (C)	39
		Ser exonerado/demitido ou afastado/férias, transferências (D)	56
		Quando cometido crime, em processo de julgamento ou prisão (G)	49
		Não aparecer para inspeção (K)	3
		Não renovar (L)	4
		Não realizar treinamentos quando convocado (M)	0
		Ameaça (S)	3
		Determinação Judicial (O)	22
		Violência contra mulher (Q)	6
		Medidas protetivas (R)	3

1. Saúde Mental/Física

Dentre os documentos analisados, que incluíram diretrizes para a suspensão do porte e uso de arma de fogo nas diferentes instituições, foram encontradas 95 indicações referentes ao critério de saúde mental/física. Exemplos dessa categoria são "caso o policial civil não apresente condições psicológicas para portar armas, conforme laudo técnico oficial" e "tiver qualquer restrição médica, psiquiátrica ou não, ou psicológica que contraindique a posse e/ou o porte de arma de fogo". Os 95 critérios foram divididos em três subcategorias, sendo elas: uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica (12 critérios), restrição médica/física (43 critérios) e restrição psicológica/mental (51 critérios).

2. Uso Inadequado da Arma (Comportamento/Conduta)

Nesta categoria, foram encontradas 114 indicações, como exemplo, "for surpreendido sob o efeito de bebida alcoólica ou de substância entorpecente, portando arma de fogo" e "disparar arma de fogo por descuido ou sem necessidade". Os 114 critérios identificados foram subcategorizados: portar armas de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga (25 critérios), disparo por negligência (18 critérios), perda da arma (18 critérios), conduta, "mau comportamento" (16 critérios), falta de zelo/má utilização do armamento (31 critérios) e usar armas da instituição para atividade extraprofissional (15 critérios).

3. Restrição Administrativa/Judicial

A categoria de restrição administrativa ou judicial é a categoria com mais critérios identificados, contabilizando 178 critérios, como os exemplos a seguir: "administrativamente, por decisão do Conselho Superior de Polícia Civil ou do Comando-Geral da Corporação Militar a que pertencer", "condenação criminal pela prática de infração penal, comum ou militar, e/ou punição disciplinar, cuja natureza, pelos reflexos nos valores e princípios institucionais, acarrete repercussões na Administração Militar" ou "indiciado em inquérito policial militar, em inquérito policial, ou em processo criminal por infrações penais cometidas com violência, grave ameaça contra a incolumidade pública ou contra a segurança do Estado". Os critérios foram subcategorizados nos seguintes grupos: Processos administrativos ou disciplinares (39 critérios), ser exonerado, demitido, afastado, férias ou transferências (56 critérios), quando cometido crime, em processo de julgamento ou prisão (49 critérios),

não aparecer para inspeção (3 critérios), não renovar (4 critérios), não realizar treinamentos quando convocado (0 critérios), ameaça (3 critérios), determinação judicial (22 critérios), violência contra mulher (6 critérios) e medidas protetivas (3 critérios).

Critérios Identificados por Instituição

Os critérios identificados foram organizados também em relação às instituições. A Tabela 3 apresenta de forma sistematizada os resultados obtidos.

Tabela 3

Frequência das Categorias por Instituição

Instituição	Instituições encontradas	Categorias I	Categorias II	Categorias III	Subcategoria I	Subcategoria II	Subcategoria III
CBM	17	31	32	44	B (3) E (15) F (16)	A (7) H (5) I (5) J (8) N (5) P (4)	C (9) D (10) G (14) K (1) L (2) O (5) Q (1) R (1)
PC	8	8	2	14	B (1) E (2) F (7)	A (1) N (1)	C (5) D (4) G (1) O (3) Q (2) R (1)
PM	19	18	28	48	B(1) E(10) F(11)	A(9) H(7) I (7) J(4) N(2) P(4)	C (8) D (11) G (17) K (1) L (2) O (11) Q (1) R (1) S (1)

ITC	1	1	0	4	E(1) F(1)	-	C(1) D(4)
PP	24	39	54	70	B (7) E (16) F (16)	A (9) H (7) I (6) J (4) N (22) P (6)	C (16) D (27) G (17) K (1) M (3) S (1) O (3) Q (2)

Nota. CBM = Corpo de Bombeiro Militar; PM = Polícia Militar; PC = Polícia Civil; ITC = Instituto Técnico-Científico; PP = Polícia Penal; I: Saúde mental/física; Categoria II: Uso inadequado da arma (comportamento/conduta); Categoria III: Restrição administrativa/judicial; A = Portar armas de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga; B = Uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica; C = Processos administrativos ou disciplinar; D = Ser exonerado/demitido ou afastado/férias; E = Restrição médica/física; F = Restrição psicológica/mental; G = Quando cometido crime, em processo de julgamento ou prisão; H = Disparo por negligência; I = Perda de arma; J = Conduta, "mau comportamento"; K = Não aparecer para inspeção; L = Não renovar; M = Não realizar treinamentos quando convocado; N = Falta de zelo/ má utilização do armamento; O = Determinação Judicial; P = Usar armas da instituição para atividade extraprofissional; Q = Violência contra mulher; R = Medidas protetivas; S = Ameaça.

Corpo de Bombeiro Militar

Um Estado apresenta um documento em comum, cujas regras se aplicam tanto para a Polícia Militar, como para o Corpo de Bombeiros Militar. Ademais, foram identificadas 17 instituições com normas ou portarias referentes à suspensão do porte de arma, dentre as quais, a categoria I foi identificada 31 vezes nesses documentos, incluindo 16 itens sobre restrições psicológicas/ mentais, 15 sobre restrição médica/física e três sobre o uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica. A categoria II [Uso inadequado da arma (comportamento/conduta)] foi identificada 32 vezes, as subcategorias identificadas são: conduta ou "mau comportamento" (8); portar arma de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga (7); disparo por negligência (5); perda da arma (5); falta de zelo ou má utilização do armamento (5); e utilização da arma da instituição para atividades extraprofissionais (4).

A categoria III (Restrição administrativa/judicial) foi identificada 44 vezes, as subcategorias identificadas são: quando cometido crime, em processo de julgamento ou prisão (14); ser exonerado, demitido ou afastado/férias (10); processos administrativos ou disciplinares (9); determinação judicial (5); não renovar o porte (2); não aparecer para inspeção (1); casos de violência contra a mulher (1); medidas protetivas (1).

Polícia Civil

Foram encontradas oito instituições da Polícia Civil com normas ou portarias referentes à suspensão da arma de fogo. Entre as razões para a suspensão, a saúde mental/física (categoria I), foi identificada oito vezes, incluindo: sete por restrição psicológica/mental; duas delas por restrição médica/física; uma por uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica. O uso inadequado da arma (comportamento/conduta) (categoria II), foi identificado duas vezes e as subcategorias identificadas foram: portar arma de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga (1) e falta de zelo ou má utilização do armamento (1). Por fim, a categoria III, restrição administrativa/judicial, foi identificada 14 vezes, com subcategorias e suas respectivas frequências de: processos administrativos ou disciplinar (5); ser exonerado/demitido ou afastado/férias, transferências (4); determinação judicial (3); violência contra a mulher (2); quando cometido crime, em processo de julgamento ou prisão (1); medidas protetivas (1).

Polícia Militar

Foram encontradas 19 instituições da Polícia Militar com normas ou portarias referentes à suspensão da arma de fogo. Entre as razões para a suspensão, a saúde mental/física (categoria I) foi identificada 18 vezes, e as subcategorias foram: restrição psicológica/mental (11); restrição médica/física (10); uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica (1). O uso inadequado da arma (comportamento/conduta) (categoria II), foi identificado 28 vezes, com subcategorias e suas respectivas frequências de: portar armas de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga (9); perda da arma (7); disparo por negligência (7); conduta, “mau comportamento” (4); usar armas da instituição para atividade extraprofissional (4); falta de zelo/má utilização do armamento (2). Por fim, a categoria III, restrição administrativa/judicial, foi identificada 48 vezes, com subcategorias e suas respectivas frequências de: quando cometido crime, em processo de julgamento ou

prisão (17); ser exonerado/demitido ou afastado/férias, transferências (11); determinação judicial (11); processos administrativos ou disciplinares (8); não renovar (2); não aparecer para inspeção (1); violência contra mulher (1); medidas protetivas (1); ameaça (1).

Instituto Técnico-Científico (ITC)

Foi encontrado um documento para o Instituto Técnico-Científico que incluiu a questão da suspensão da arma de fogo. Entre as razões para a suspensão, a saúde mental/física (categoria I) foi identificada uma vez, sendo ela por restrição médica/física (1) e por restrição psicológica/mental (1). Não houve presença referente à categoria de uso inadequado da arma (comportamento/conduta) (categoria II). Por fim, no que se refere à restrição administrativa/judicial (categoria III), foram observadas as subcategorias e suas respectivas frequências de: ser exonerado/demitido ou afastado/férias, transferências (4) e processos administrativos ou disciplinares (1).

Polícia Penal

Foram encontradas 24 instituições da Polícia Penal com normas ou portarias referentes à suspensão da arma de fogo. Entre as razões para a suspensão, a saúde mental/física (categoria I), foi identificada 39 vezes, e as subcategorias foram: restrição médica/física (16); restrição psicológica/mental (16); uso de substâncias que causam dependência física ou psíquica (7). O uso inadequado da arma (comportamento/conduta) (categoria II), foi identificado 54 vezes, com subcategorias e suas respectivas frequências de: falta de zelo/má utilização do armamento (22); portar armas de fogo em estado de embriaguez ou outra substância análoga (9); disparo por negligência (7); perda da arma (6); usar armas da instituição para atividade extraprofissional (6); conduta, “mau comportamento” (4). Por fim, a categoria III, restrição administrativa/judicial, foi identificada 70 vezes, com subcategorias e suas respectivas frequências de: ser exonerado/demitido ou afastado/férias, transferências (27); quando cometido crime, em processo de julgamento ou prisão (17); processos administrativos ou disciplinar (16); não realizar treinamentos quando convocado (3); determinação judicial (3); violência contra mulher (2); não aparecer para inspeção (1); ameaça (1).

Entrevista com Profissional da Polícia Civil de Santa Catarina

A entrevista com a profissional constituiu uma parte importante da elaboração do produto, visto ser necessária uma caracterização do trabalho realizado dentro das instituições, a respeito da retirada ou suspensão do porte de arma. Neste caso, a profissional entrevistada faz parte da equipe de psicólogos da Polícia Civil de Santa Catarina e abordou em sua fala alguns pontos relevantes, como a existência ou não de normativas que regulamentem a atividade do psicólogo e a diferença entre os riscos de ser um Policial Civil e ser um Policial Militar.

O primeiro assunto ao qual a entrevistada deu uma atenção especial diz respeito à importância da existência de normativas, resoluções ou leis que reconhecem a atividade dos profissionais psicólogos que trabalham dentro da instituição de segurança pública. Essas normativas asseguram a autonomia desses profissionais, assim como a liberdade e autoridade para tomar as decisões que precisam ser feitas em relação à proteção à saúde mental dos profissionais, sem receios de atritos na hierarquia. Além disso, tais normativas demonstram também o comprometimento das instituições com a saúde de seus profissionais.

A normativa referida, regulamenta o cargo de psicólogo e as atividades executadas por esses profissionais, incluindo aquelas relacionadas ao porte de arma. Os profissionais da coordenadoria de saúde ocupacional realizam um acompanhamento longitudinal dos profissionais que receberam diagnóstico em saúde mental aliado a um atestado de afastamento. Durante esse acompanhamento, o profissional de psicologia avalia a necessidade ou não da retirada da arma de fogo, assim como a devolução desta, nos casos em que é possível a devolução.

Quando questionada a respeito de que indicadores são importantes nesse processo de acompanhamento, a profissional destacou três pontos: a presença de ideação ou tentativa de suicídio, um histórico de episódios de violência com seus pares, familiares ou demais integrantes do ciclo social do profissional, além da avaliação da regulação emocional e o controle dos impulsos do profissional de segurança pública, elementos decisivos para algumas atividades dessa profissão.

A policial entrevistada também destacou que os riscos que um Policial Civil passa são muito diferentes daqueles que outras instituições passam,

como, por exemplo, a Polícia Militar e a Polícia Rodoviária Federal. Os policiais civis lidam com menor exposição a situações de risco, isso por causa da natureza investigativa e judiciária da Polícia Civil. Por outro lado, a Polícia Militar e a Polícia Rodoviária Federal têm atribuições que envolvem uma exposição maior a situações de risco, característica de um trabalho que envolve operações de confronto. Essa maior exposição a riscos circunscreve uma dinâmica diferenciada de trabalho, assim como de adoecimento no trabalho.

A entrevistada indicou que o processo de desarmamento de policiais civis tende a ser menos problemático do que entre policiais militares. Muitas atividades de policiais civis não demandam o uso de armas de fogo e quando um profissional é desarmado, é possível recompor uma equipe para operações específicas que demandam a utilização de armas de fogo. Ademais, quando os profissionais buscam apoio psicológico, observa-se uma importante aceitação deles para a entrega da arma (sem demonstrações de resistências). A profissional atribui que isso ocorre devido às normativas institucionais, que regulamentam as ações da psicologia, e às intervenções psicoeducativas.

Visita à Policlínica de uma Instituição de Segurança Pública do Distrito Federal

A Policlínica visitada é formada por profissionais da saúde em um contexto multidisciplinar e conta com um Núcleo de Assistência Psicológica. Esse grupo tem como foco o acompanhamento e acolhimento dos profissionais em disfunção psicológica. A equipe de psicólogas da Policlínica atende não apenas profissionais ativos e inativos, como também seus dependentes legais. O atendimento e acompanhamento são iniciados mediante solicitação do próprio policial, por encaminhamento da chefia ou por iniciativa dos profissionais da Policlínica. Por meio dos atendimentos são produzidos documentos e relatórios que ajudam a mapear a situação dos profissionais da instituição para que esses dados subsidiem a promoção, manutenção e cessação de estratégias a depender dos resultados obtidos.

Na ocasião da visita técnica, a equipe ressaltou a importância de uma gestão articulada e que tenha em posse tecnologias que otimizem o processo administrativo para o melhor atendimento dos policiais que necessitam de amparo psicológico. Além do mais, parte do trabalho desse grupo visa a diminuição das barreiras que desestimulam o policial a procurar por

atendimento psicológico, especialmente quando a situação está relacionada à suspensão da arma de fogo. Sentimentos de inferioridade, de não ser um "profissional completo", são obstáculos que a equipe vem superando com o tempo através do seu trabalho de mudanças no clima organizacional. Uma questão que precisa ser superada, por outro lado, é o déficit no quadro de psicólogos que a Policlínica possui frente à grande demanda de adoecimento de policiais.

Quando um policial é acolhido no serviço, os profissionais fazem uma avaliação do estado de saúde mental e, caso seja identificado um estado importante de vulnerabilidade psicológica, o desarmamento é uma conduta recomendada. A equipe não identifica critérios claros e bem delimitados para o desarmamento. De modo geral, os profissionais fazem uso da experiência e do *"feeling"* clínico para essa tomada de decisão. O critério mais objetivo exercido pela equipe se refere ao profissional que recebe um atestado recomendando afastamento das atividades profissionais para o cuidado com a saúde mental. Assim, quando um sintoma ou quadro psicopatológico interfere significativamente na capacidade laboral do policial, o desarmamento é a conduta realizada.

Visita a Presídios do Distrito Federal

Os pesquisadores visitaram dois presídios do Distrito Federal para coleta de dados *in-loco* do contexto de trabalho dos policiais penais. A visita contou com entrevistas com profissionais em serviço na penitenciária e visita aos espaços do complexo penitenciário. Foi identificado que os policiais penais não contam com sistema ou rede de saúde mental para apoiá-los em suas necessidades psicológicas e que o trabalho é altamente estressante, devido ao constante estado de alerta e tensão. O contingente não é suficiente para cobrir todas as necessidades das atividades profissionais nos presídios, elevando a assimetria entre recursos e demandas. Em termos ambientais, foram observados alguns avanços, como a presença de uma academia para atividades físicas bem equipada e organizada, possibilitando um espaço de promoção à saúde física e, consequentemente, mental. Ainda, os dormitórios estão sendo reformados, melhorando a qualidade de vida no trabalho a partir de intervenções ambientais.

Criação do *Checklist* de Indicação para Avaliação Psicológica

As portarias, leis e normativas encontradas a respeito da aquisição e suspensão do porte de arma das instituições abarcaram a saúde mental como um dos seus pontos de atenção. Ademais, o *checklist*, produto desta pesquisa, tem a finalidade de ser aplicado no contexto de serviços psicológicos. Partindo dessas considerações, e em função dos documentos analisados não detalharem o conteúdo relativo aos problemas mentais, fez-se necessária a criação de um *checklist* teoricamente fundamentado e mais operacional. Assim, optou-se por construir esse instrumento com base nos principais domínios do exame do estado mental (EEM). Utilizou-se como base o protocolo de EEM do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, elaborado por Cordiolli et al. (2004). Assim, o *checklist* foi construído com o objetivo de possibilitar que profissionais da saúde mental façam um rastreio e identificação de sinais e sintomas clinicamente significativos de alterações no funcionamento mental. A depender da presença, importância e intensidade desses sinais e sintomas, entende-se que o profissional de segurança pública deve ser encaminhado para uma avaliação psicológica ou psiquiátrica de modo a averiguar a necessidade (ou não) da retirada de arma de fogo. O protocolo é apresentado no Apêndice deste documento.

Validação do *checklist*

Após a definição dos construtos e indicação dos critérios de avaliação, o protocolo foi submetido à avaliação de cinco profissionais da segurança pública com ampla experiência em avaliação psicológica e em processos de armamento e desarmamento de profissionais de segurança pública. A Tabela 4 apresenta os resultados quantitativos obtidos. Todos os juízes julgaram como pertinentes todos os domínios e subdomínios do protocolo (a pontuação a esse quesito era dicotômica: 0 “inadequado” ou 1 “adequado”). Em relação à avaliação da clareza das definições dos construtos e das explicações das alterações dos diferentes domínios do estado mental (a pontuação variava de 1 “nada claro” a 5 “muito claro”), a maioria dos domínios foi bem avaliada (valores médios maiores do que 4), tendo os domínios Atenção e Memória, e os subdomínios Alteração Psicomotora e Abuso de Substâncias, recebido escore total de todos os juízes (média = 5,0). A dimensão Agressividade foi a

única que recebeu um escore mais baixo (3,8), mas, mesmo assim, acima do ponto médio da escala de avaliação. Os comentários dos juízes indicaram dois aspectos principais acerca desse domínio: 1) a necessidade de destacar o excesso de agressividade, tendo em vista que policiais precisam apresentar um nível de agressividade para bem desenvolver suas atividades; e 2) a necessidade de contemplar a falta de agressividade, pela mesma razão, já que a agressividade é um indicador necessário em níveis adequados. Assim, o domínio e o critério foram modificados. Apesar dos demais domínios terem atingido níveis adequados de clareza, todos os comentários foram analisados e, quando julgados pertinentes, foram incorporados no protocolo.

Tabela 4

Indicadores de Validade de Conteúdo do Protocolo

Domínio	Subdomínio	Adequação *M* (*SD*)	Clareza *M* (*SD*)	Prioridade *M* (*SD*)
Consciência		1 (0,0)	4,6 (0,5)	2,0 (2,0)
Atenção		1 (0,0)	5,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Sensopercepção		1 (0,0)	4,8 (0,4)	1,8 (2,0)
Orientação		1 (0,0)	4,8 (0,4)	2,2 (2,0)
Memória		1 (0,0)	5,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Inteligência		1 (0,0)	4,4 (0,9)	0,4 (0,9)
Afeto		1 (0,0)	4,2 (1,1)	1,2 (1,6)
Pensamento		1 (0,0)	4,8 (0,4)	0,4 (0,9)
Juízo Crítico		1 (0,0)	4,6 (0,5)	2,8 (1,8)
Conduta	Alteração psicomotora	1 (0,0)	5,0 (0,0)	3,4 (1,8)
	Agressividade	1 (0,0)	3,8 (1,3)	
	Abuso de substâncias	1 (0,0)	5,0 (0,0)	
	Imoralidade	1 (0,0)	4,6 (0,5)	
	Exposição a riscos	1 (0,0)	4,6 (0,5)	
	Impulsividade	1 (0,0)	4,6 (0,5)	
	Suicidalidade	1 (0,0)	4,6 (0,5)	
	Compulsividade	1 (0,0)	4,6 (0,5)	
Sono		1 (0,0)	4,8 (0,04)	0,8 (1,8)

A última coluna da Tabela 4 mostra o grau de prioridade dos domínios em relação aos indicadores críticos para a indicação de uma avaliação psicológica para se avaliar a necessidade ou não de desarmamento. Cada juiz classificou os cinco domínios mais críticos. Assim, foram atribuídos escores variando de 0 a 5 para todos os domínios, sendo 0 o domínio que não foi indicado como prioridade, 1 o quinto domínio prioritário, 2 o quarto domínio prioritário, 3 o terceiro domínio prioritário, 4 o segundo domínio prioritário e 5 o primeiro domínio prioritário. Após calcular as médias das pontuações, observou-se que Conduta foi o domínio cujas alterações parecem ser mais importantes para o desarmamento (M = 3,4, DP = 1,8). Seguindo a ordem de prioridade, os domínios que ocuparam da segunda à oitava posições foram: 2º lugar - Juízo Crítico (M = 2,8, DP = 1,8); 3º lugar - Orientação (M = 2,2, DP = 2,0); 4º lugar - Consciência (M = 2,0, DP = 2,0); 5º lugar - Sensopercepção (M = 1,8, DP = 2,0); 6º lugar - Afeto (M = 1,2, DP = 1,6); 7º lugar - Sono (M = 0,8, DP = 1,8); e empatados em 8º lugar - Pensamento e Inteligência (M = 0,4, DP = 0,9). Atenção e Memória, apesar de serem indicadores relevantes, não foram apontados como indicadores críticos ou prioritários por nenhum dos cinco especialistas.

Discussão

A partir das investigações realizadas e dos resultados obtidos, um primeiro ponto de reflexão diz respeito ao fato de que as instruções normativas, portarias ou outros documentos disponíveis nas instituições de segurança pública são pouco operacionalizáveis. As descrições amplas e vagas identificadas dão margem para uma variedade de interpretações e possibilidades de ação. Isso por um lado permite a abrangência das múltiplas variáveis envolvidas no processo de desarmamento e por outro torna o processo muito subjetivo, sem indicadores claros de riscos. A melhor forma de se estabelecer esses critérios é por meio de estudos científicos, baseados em métodos mistos, que permitem identificar os principais fatores de risco associados a desfechos negativos relacionados ao uso de armas de fogo.

Os procedimentos qualitativos empregados nesta pesquisa, isto é, a entrevista e as visitas técnicas à Policlínica e às Penitenciárias, mostraram que a avaliação para desarmamento está associada a desafios que podem mascarar indicadores da necessidade de retirar arma de fogo e implementar demais cuidados de saúde mental para o profissional. Questões burocráticas,

o estigma social e profissional, o baixo número de profissionais na ativa e fatores emocionais e econômicos decorrentes da retirada do porte de arma contribuem para que membros da instituição posterguem a busca por ajuda. A hierarquia típica em instituições de segurança pública também parece exercer um papel inibidor sobre um colega relatar a necessidade de intervenção psicológica para colegas de trabalho quando se percebe essa necessidade. Nesse sentido, é necessário pensar não apenas nos benefícios da intervenção feita para esses profissionais, mas também nas possíveis implicações que isso traz à instituição e aos indivíduos. Dessa forma, é importante planejar um protocolo ou programa de intervenção que seja alinhado à realidade do contexto da segurança pública e não ignore aspectos que influenciam um profissional a não querer a suspensão de uso de sua arma.

Vale ressaltar que boa parte desse trabalho de identificação da indicação (ou não) de desarmamento de um profissional da segurança pública tem especificações que parecem fazer mais sentido para os profissionais de saúde envolvidos no mesmo contexto (isto é, profissionais das respectivas instituições). As experiências institucionais e o conhecimento das atividades laborais parecem desempenhar um papel fundamental a respeito do assunto. Assim, essas questões, que são muitas vezes difíceis de serem transportadas para um documento formal, envolvem as características únicas de cada pessoa, da cultura organizacional da instituição de que o profissional de segurança pública faz parte e de outros fatores socioculturais. Porém, é importante que haja a construção de instrumentos objetivos, como o caso desse *checklist*, para nortear o trabalho de profissionais da saúde por meio de indicadores. Assim, pode ser que esse instrumento seja um modelo nacional de identificação de necessidade de encaminhamento para avaliação psicológica ou psiquiátrica para o desarmamento de profissionais da segurança pública.

Acredita-se que a existência de documentação normativa com o máximo de descrição, objetividade e especificidades possíveis é essencial para que o profissional de saúde esteja respaldado ao proceder com a retirada da arma do profissional de segurança pública. Além disso, um documento com diretrizes claras pode contribuir para construção de uma cultura organizacional que normalize a retirada da arma de fogo quando necessário, sem passar pelos estigmas sociais/profissionais e demais barreiras que implicam essa intervenção. Infelizmente, nem sempre as instituições possuem critérios claros em suas normativas sobre as características psicológicas e comportamentais que sinalizam a retirada do porte de arma, carecendo de mais detalhes. Logo,

a existência de um protocolo de avaliação de alterações no funcionamento do estado mental pode ser um passo inicial em direção a políticas de identificação de riscos e encaminhamentos de saúde.

3. INSTRUÇÕES PARA O USO DO PROTOCOLO DE INDICAÇÃO PARA AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Apresentação

As portarias, leis e normativas relacionadas à aquisição e suspensão do porte de armas pelas instituições de segurança pública incluíram a saúde mental como um ponto de atenção. Dado que os documentos analisados não detalham conteúdo específico sobre problemas mentais, foi desenvolvido um *checklist* teoricamente fundamentado nos principais domínios do Exame do Estado Mental (EEM). O presente instrumento baseou-se no protocolo de EEM do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, elaborado por Cordiolli et al. (2004). O *checklist* foi desenvolvido com o objetivo de permitir que profissionais de saúde mental façam um rastreamento e identifiquem sinais e sintomas clinicamente significativos de alterações no funcionamento mental. Dependendo da presença, importância e intensidade desses sinais e sintomas, acredita-se que o profissional de segurança pública deve ser encaminhado para avaliação em saúde mental, a fim de determinar a necessidade, ou não, de retirada da arma de fogo.

Utilização do Protocolo

Orientações gerais sobre o *checklist*

O instrumento tem o objetivo de organizar o registro de sinais (observáveis) e sintomas (relatados) de alterações no funcionamento mental que, a depender da presença, importância e intensidade, acarretam indicação para a realização da avaliação de saúde mental para possível retirada de arma de fogo. O *checklist* inclui 11 quesitos: Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afeto, Pensamento, Juízo Crítico, Conduta e Sono. Cada quesito possui sua definição e quais são as alterações que o

terapeuta pode vir a identificar durante um atendimento psicológico. Cada quesito é composto por um indicador que resume as alterações do respectivo domínio do funcionamento mental; exceto o quesito Conduta, que consta de oito indicadores, que devem ser marcados individualmente. Espera-se que o terapeuta marque se há evidência de alguma dessas alterações e, caso haja gravidade, o profissional deve ser encaminhado para uma avaliação em saúde mental. Ou seja, não é responsabilidade do terapeuta fazer a avaliação para desarmamento, mas sim, identificar a necessidade dessa avaliação.

Considerações acerca das perguntas exemplos

De modo a auxiliar os terapeutas na utilização do *checklist* elaborado para esta pesquisa, foram desenvolvidas "perguntas exemplos" para todas as alterações indicadas para cada uma das dimensões do funcionamento mental que compõem o protocolo. A seguir são listadas algumas considerações sobre as perguntas exemplos:

1. As perguntas são somente exemplos e não precisam ser feitas tais quais como estão apresentadas.
2. Propositadamente, as perguntas foram feitas de forma bem diretiva. Contudo, cabe ao terapeuta utilizar suas competências técnicas de entrevista para auxiliar a produção narrativa dos pacientes de modo a aumentar o grau de evidências relativas ao critério investigado (ex.: "Você pode me dar um exemplo?" "Conte-me com mais detalhe como isso acontece.").
3. Caso as narrativas e comportamentos observados durante as sessões sejam suficientes para positivar um determinado critério, não há necessidade de fazer as perguntas de exemplos.
4. Se um paciente não apresenta sinais ou queixas de alterações de um domínio específico, não há necessidade de se fazer as perguntas desse domínio.
5. Se um paciente apresenta indicadores de alteração de somente um componente de um domínio, pode-se fazer a pergunta de exemplo específica dessa alteração [ex.: se forem observados indicadores de impulsividade, o terapeuta pode fazer a pergunta de exemplo relativa a essa alteração (impulsividade) e não precisa aplicar as perguntas das demais alterações do domínio (Conduta)].

6. As perguntas como estão formuladas são mais adequadas ao contexto de avaliação e não de psicoterapia. Assim, quando em contexto de avaliação, as perguntas podem ser feitas como estão apresentadas ou ajustando-as para as características do paciente. Quando em contexto de psicoterapia, cabe ao terapeuta utilizar suas competências profissionais para sondar o aspecto que precisa ser elucidado, para então se tomar a decisão sobre positivar ou não um determinado critério.
7. Muitos temas podem ser sensíveis e suscetíveis à desejabilidade social, e a fenômenos de simulação e dissimulação. Esses vieses variam de pessoa para pessoa, sendo que um mesmo critério, por mais sensível que seja, pode ser abertamente reportado por uma pessoa, ao passo que outra pessoa pode apresentar respostas enviesadas. Esses vieses são complexos e acontecem em diferentes contextos e nem sempre são passíveis de serem superados.

Considerações sobre o preenchimento do *checklist*

Como mencionado anteriormente, o presente *checklist* não tem finalidade diagnóstica, mas serve como um dispositivo de organização das observações clínicas que possam indicar a necessidade de encaminhamento do paciente para uma avaliação profissional acerca de seu estado de saúde mental. É esperado que muitas pessoas atendidas em psicoterapia estejam em sofrimento psicológico, configurando ou não um quadro de transtorno mental. Assim, é provável que um paciente tenha um ou mais domínios do *checklist* positivados. Contudo, essa não é a ideia dessa ferramenta. O *checklist* deve ser utilizado somente quando um paciente apresentar um estado mental bastante prejudicado, a ponto de colocá-lo ou outras pessoas em risco. Assim, queixas cotidianas de memória não devem ser consideradas para positivar o critério de Memória. Somente pessoas com sinais e sintomas de falhas de memória de elevada gravidade deveriam ter o *checklist* preenchido. Isso porque um indivíduo com graves problemas de memória prospectiva, por exemplo, pode se esquecer das características de uma pessoa que esteja sendo alvo de uma operação e acabar focando em outra pessoa. O conceito de gravidade diz respeito ao risco que essa pessoa está para um uso inadequado da arma, contra si própria, contra os outros, ou por negligência.

Qualquer indicador preenchido como positivo no *checklist* pode ser suficiente para encaminhamento para avaliação especializada. Relembra-se aqui que, conforme os dados coletados junto a profissionais da segurança pública que fazem avaliação para desarmamento, as dimensões mais graves são: Conduta (1º lugar), Juízo Crítico (2º lugar), Orientação (3º lugar), Consciência (4º lugar) e Sensopercepção (5º lugar). Mas, como mencionado, qualquer marcação deve ter gravidade o suficiente para o encaminhamento. Convém que o terapeuta discuta o caso em supervisão ou intervisão de modo a determinar a necessidade de encaminhamento ou não.

Toda e qualquer marcação no *checklist* deve ser acompanhada de um comentário descrevendo o sinal/sintoma observado. Lembrando que o *checklist* não tem fim diagnóstico e nem mesmo é a própria avaliação para desarmamento, mas se trata de um sistema de registro de sinais e sintomas, cuja gravidade pode indicar risco para uso de arma de fogo, sendo necessária uma avaliação profissional detalhada.

Considerações sobre o contexto da segurança pública

Para que o protocolo do exame de estado mental seja devidamente utilizado nos atendimentos aos profissionais de segurança pública, é essencial que, além dos conhecimentos teórico-práticos sobre aconselhamento e avaliação psicológica clínica, o terapeuta entenda sobre o contexto em que o paciente está inserido. Em outras palavras, o terapeuta não deve basear única e exclusivamente seu raciocínio clínico com base na ideia que ele tem sobre o cidadão civil, desconsiderando as especificidades do contexto em que o profissional da segurança pública está inserido, incluindo aspectos da cultura organizacional das instituições de segurança pública.

Antes de iniciar o trabalho, é importante ter entendimento básico dos ambientes das forças policiais para compreender da melhor forma possível os temas relatados pelo paciente. Informações sobre qual cargo a pessoa exerce, a lotação atual de trabalho, a instituição pertencente, fatores de risco, fatores protetivos, e aspectos pessoais, como raça e gênero, devem ser considerados para uma compreensão integrada e contextualizada do paciente. Dificilmente é possível ter familiaridade com todos os aspectos do trabalho na segurança pública antes dos atendimentos, nem se espera que o terapeuta tenha tal capacidade. Porém, é prudente que durante as sessões o profissional aprenda com seus pacientes sobre o que eles estão relatando e se alinhe com seus conhecimentos prévios.

Condutas esperadas

Para a aplicação do *checklist*, espera-se que o terapeuta utilize suas competências técnicas e habilidades de entrevista para adequar a investigação dos quesitos ao contexto de psicoterapia. Deve-se considerar aspectos técnico-científicos relativos à abordagem escolhida para o processo terapêutico, a demanda e o contexto de cada paciente, o vínculo estabelecido entre terapeuta e paciente e seguimento de preceitos éticos de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Deve-se atentar também às particularidades das vivências de profissionais que atuam na área da segurança pública. É importante ressaltar que não devem ser feitos acordos entre terapeutas e pacientes para a manutenção do uso da arma. Cabe ao terapeuta a responsabilidade de encaminhamento do profissional da segurança pública que apresentar nível de gravidade que possa indicar riscos para uso inadequado da arma, contra si próprio, contra os outros, ou por negligência.

Domínios do Protocolo

De modo a possibilitar uma compreensão mais aprofundada acerca dos domínios do estado mental que estão incluídos no protocolo, a seguir são apresentadas as definições dos construtos, as alterações típicas e pertinentes ao contexto deste protocolo, orientações para a avaliação dessas alterações e perguntas exemplos que podem ser feitas diretamente ao paciente. O objetivo aqui é traçar um panorama teórico-conceitual dos domínios e oferecer subsídios para a tomada de decisão sobre positivar ou não um determinado indicador. Cabe destacar que dada a flutuação entre diferentes estados mentais, a avaliação deve considerar o intervalo dos últimos sete dias. Contudo, caso um paciente tenha reportado um sintoma expressivo há pouco mais de sete dias e até o presente momento ele sofre os efeitos desse episódio de forma significativa e perturbadora, a positivação de um indicador ainda assim pode ser feita. Ademais, a consideração dos últimos sete dias permite que o protocolo seja acionado em qualquer encontro com o paciente, tendo em vista que os encontros tendem a ser semanais, e uma alteração psicológica grave pode acometer um indivíduo a qualquer momento. Feitas essas considerações, a seguir são detalhados os domínios do funcionamento mental e suas alterações.

Consciência

Consciência consiste no estado de lucidez ou de alerta em que a pessoa se encontra, a percepção da realidade externa ou de si mesmo em um momento específico, bem como a capacidade de responder aos estímulos (qualquer evento, situação, informação ou sensação que influencie uma resposta ou uma reação por parte da pessoa). Envolve a capacidade de perceber e processar informações e de tomar decisões.

Alteração

- **Obnubilação:** alteração na capacidade de pensar claramente.
- **Confusão:** estado mais grave da obnubilação com perda da capacidade de compreender claramente o que está acontecendo.

Avaliação

A avaliação da consciência é feita basicamente por meio da observação. É importante identificar as reações da pessoa frente aos estímulos: ela demonstra lucidez? Ela está consciente do que está acontecendo? Ela apresenta um estado de confusão mental? Ela demonstra não compreender o que está acontecendo?

Exemplos de perguntas

- **Obnubilação:** Você tem experimentado estados importantes de confusão mental, não conseguindo pensar claramente sobre as coisas, como se estivesse em um estado de sonolência?
- **Confusão:** Você teve alguma experiência de completa confusão mental, ou desmaios ou apagões, com dificuldade de entender o que estava acontecendo com você? (Descartar causas orgânicas como picos de glicose ou hipo/hipertensão)

Atenção

Atenção consiste na capacidade voluntária de manter o foco em uma ou mais atividades ou na conversa. Envolve também escolher seletivamente certos elementos da experiência interna (por exemplo, memórias) ou externa (algum estímulo do ambiente), priorizando-o na atividade ou na conversa em relação aos demais elementos.

Alteração

- **Desatenção:** incapacidade de voltar o foco para uma tarefa.
- **Distração:** incapacidade de manter o foco em uma tarefa.

Avaliação

Para a avaliação, observar se a pessoa consegue focar na conversa, se apresenta sinais de desatenção ou distração. Por exemplo, ao longo do atendimento, observar se a pessoa presta atenção às perguntas realizadas pelo profissional ao longo da entrevista, sem estar constantemente distraindo-se.

Exemplos de perguntas

- **Desatenção:** Você tem tido importantes problemas de concentração, fazendo com que você tenha sérios problemas em função disso?
- **Distração:** Você tem facilmente se distraído das suas tarefas a ponto de colocar uma atividade, você mesmo ou outras pessoas em risco?

Sensopercepção

Sensopercepção consiste na capacidade de perceber e interpretar os estímulos que se apresentam aos órgãos dos sentidos. Os estímulos podem ser auditivos, visuais, olfativos, táteis e/ou gustativos. As ilusões ocorrem quando há uma confusão ou interpretação equivocada dos estímulos sensoriais reais (por exemplo, um cinto é percebido como uma cobra ou pessoas e objetos são percebidos com tamanho e/ou distância irreais). As alucinações ocorrem quando surge percepção sensorial mesmo quando não há estímulos externos presentes e podem ser visuais, auditivas (ruídos, vozes ou palavras), táteis (formigamentos), vestibulares (alucinações relacionadas com o equilíbrio e localização do indivíduo no espaço, como sensação de estar voando), olfativas (preocupação com odor), de presença (sensação de presença de outra pessoa que permanece invisível) e somáticas (experiências sensoriais irreais envolvendo o corpo, como sentir o fígado apodrecido). Há ainda experiências de despersonalização (perda de identidade corporal, sensação de estranheza em relação a si próprio) e desrealização (sensação de mudança no ambiente, parece irreal, como se fosse um filme).

Alteração

- **Ilusões:** estímulos sensoriais reais são confundidos ou interpretados erroneamente incluindo dismegalopsias (objetos ou pessoas tomam tamanho e/ou distâncias irreais: macropsias = objetos parecem mais próximos e maiores; micropsias = objetos parecem menores e mais distantes).
- **Alucinações:** percepção sensorial na ausência de estímulo externo, podendo ser visual (ver coisas), auditivas (ouvir coisas), tátil (sentir coisas na pele/corpo), vestibulares (sentir estar flutuando), olfativas (sentir odor), de presença (sentir se acompanhada) e somática (sentir órgãos internos).

Avaliação

A avaliação de alterações sensoperceptivas pode ser feita por meio da observação e de perguntas. As ilusões são identificadas quando a pessoa frequentemente confunde o que vê, por exemplo, interpreta um objeto como sendo outra coisa. As alucinações implicam em uma convicção de experiência real de algo inexistente. Para a avaliação, é fundamental determinar a convicção de realidade do fenômeno vivido para o indivíduo, enquanto as pessoas dizem que é irreal o que o indivíduo reporta vivenciar.

Exemplos de perguntas

- **Ilusões:** Você tem se confundido ao ver um objeto, por exemplo, viu uma pistola quando na verdade era um telefone celular?
- **Ilusões - macropsias:** Você tem tido a sensação estranha de que pessoas ou coisas estão próximas ou maiores, mas na verdade estão distantes?
- **Ilusões - micropsias:** E o contrário, você tem tido a sensação estranha de que pessoas ou coisas estão distantes ou menores, mas na verdade estão próximas?
- **Alucinação visual:** Você tem visto coisas que as pessoas dizem não serem reais?
- **Alucinação auditiva:** Você tem ouvido vozes ou ruídos que as pessoas dizem ser da sua cabeça? Essas vozes mandam você fazer alguma coisa?

- **Alucinação tátil:** Você tem sentido coisas estranhas na sua pele ou corpo, como se algo estivesse tocando em você, mas as pessoas dizem que nada está acontecendo?
- **Alucinação vestibular:** Você tem experiências de estar voando?
- **Alucinação olfativa:** Você sente cheiros que ninguém mais consegue sentir?
- **Alucinação de presença:** Você tem tido a experiência de que alguém invisível está perto de você, como se estivesse te vigiando ou perseguindo?
- **Alucinação somática:** Você tem tido experiências estranhas internas no seu corpo, como se seus órgãos estivessem apodrecendo ou se movendo?

Orientação

Orientação se refere à capacidade do indivíduo de se situar no tempo, espaço ou situação e reconhecer sua própria pessoa. Diferente da consciência, que abrange um estado mais amplo de percepção e compreensão (envolve a capacidade de perceber e processar informações, tomar decisões), a orientação se refere especificamente ao conhecimento e à percepção do contexto temporal, espacial e pessoal. Ela pode ser influenciada tanto por alterações na consciência, quanto na atenção.

Alteração

- **Desorientação:** estado de confusão em que o indivíduo não consegue saber a data, dia ou local onde se encontra e, nos casos mais graves, passa a desconhecer a própria identidade.

Avaliação

A avaliação da orientação pode ser feita por meio de observação (a pessoa apresenta sinais de desorientação) ou por entrevista (a pessoa relata episódios de desorientação). A desorientação se expressa na falta de noção de tempo, espaço, de quem é e das demais pessoas (se é capaz de identificar seus familiares e amigos próximos).

Exemplos de perguntas

- **Desorientação temporal:** Você teve experiências de ficar muito confuso ou não conseguiu saber de modo algum o dia do mês, da semana, ou ano que você estava vivendo? (Perdido no tempo).

- **Desorientação espacial:** Você teve momentos em que se sentiu muito confuso ou totalmente perdido em relação ao local em que você estava?
- **Desorientação pessoal:** Você teve a experiência de ficar muito confuso em relação a você mesmo, como se não se reconhecesse a si mesmo?
- **Desorientação em relação aos outros:** Aconteceu de você não reconhecer amigos ou familiares, ficando muito confuso sobre quem eram as pessoas perto de você?

Memória

A memória consiste na capacidade de registrar, fixar ou reter, evocar e reconhecer objetos, pessoas e experiências passadas ou estímulos sensoriais. A memória pode ser classificada de acordo com alguns critérios. Em relação à duração do armazenamento [Memória Sensorial: É a memória de curto prazo dos estímulos sensoriais, como visão (memória icônica) e audição (memória ecoica), que dura apenas alguns segundos; Memória de Curto Prazo: É a capacidade de reter informações por um curto período, geralmente de 15 a 30 segundos, sem repetição; Memória de Longo Prazo: Envolve a retenção de informações por períodos mais longos, de minutos a anos, e é dividida em memória explícita (declarativa) e implícita (não declarativa)], ao tipo de conteúdo [Memória Explícita (Declarativa): Refere-se à memória consciente e deliberada que pode ser expressa em palavras e envolve eventos específicos e fatos (memória episódica) ou conhecimento geral e fatos (memória semântica); Memória Implícita (Não Declarativa): É a memória inconsciente e não acessível à consciência, incluindo habilidades motoras, condicionamento clássico e aprendizado de procedimentos], ao processo de codificação [Memória Auditiva: Relacionada a informações ouvidas; Memória Visual: Relacionada a informações visuais ou imagens. Memória Semântica: Relacionada a significados e conceitos e ao processo de recuperação [Memória de Reconhecimento: Reconhecer uma informação previamente aprendida, como em uma prova de múltipla escolha; Memória de Evocação: Recordar uma informação sem ajuda, como em uma prova de redação].

Alteração

- **Amnésia:** condição caracterizada pela perda parcial ou total da capacidade de lembrar informações ou eventos passados. Existem diferentes tipos de amnésia, incluindo a Amnésia Anterógrada (a pessoa tem dificuldade em formar novas memórias após um evento específico, como uma lesão na cabeça). Ela pode se lembrar de eventos e informações anteriores ao evento, mas tem dificuldade em criar novas memórias desde então), a Amnésia Retrógrada (envolve a incapacidade de lembrar eventos que ocorreram antes de um ponto específico no tempo, como uma lesão ou trauma. As memórias antigas podem ser perdidas ou fragmentadas), a Amnésia Dissociativa (está associada a eventos traumáticos ou estressantes e envolve uma perda seletiva de memórias específicas ou períodos de tempo. Pode ser temporária ou duradoura).
- **Deterioração da memória:** perda progressiva da capacidade mnemônica, com importantes prejuízos associados.

Avaliação

A avaliação da memória pode ser feita por meio de observação direta do comportamento ou por meio de entrevista. É importante investigar alterações significativas na capacidade de se recordar de eventos ouvidos ou vistos, demonstrando prejuízo para a atividade profissional. Avaliar incapacidade parcial ou total de evocar experiências passadas e esquecimentos de fatos ocorridos entre duas datas (por exemplo, esquecer os acontecimentos em uma ação policial ou ter dificuldade para relatar o conteúdo e a sequência dos acontecimentos). No caso da deterioração da memória é importante identificar que o indivíduo tinha um nível de funcionamento ótimo e que nos últimos tempos tem observado um declínio progressivo da memória.

Exemplos de perguntas

- **Amnésia:** Você teve experiências de “apagões”, esquecimentos completos de coisas que você viu, ouviu ou viveu?
- **Amnésia Anterógrada:** Você viveu algum evento importante como um acidente ou situação traumática e a partir disso tem tido dificuldades importantes para fazer novas memórias?

- **Amnésia Retrógrada:** Você viveu algum evento importante como um acidente ou situação traumática e a partir disso tem tido dificuldades importantes para se lembrar de coisas que aconteceram antes desse evento?
- **Amnésia Dissociativa:** Você viveu algum evento importante como um acidente ou situação traumática e tem lapsos de memória importantes sobre o que aconteceu?
- **Deterioração da Memória:** Você tem notado uma importante perda progressiva da memória, de modo que isso vem afetando sua autonomia e independência na vida?

Inteligência

Inteligência diz respeito à capacidade de raciocínio, resolução de problemas e concatenação de ideias. Não se pode considerar apenas uma capacidade acadêmica particular, pois a inteligência reflete uma capacidade mais ampla e profunda para compreender o ambiente, perceber, dar sentido às coisas.

Alteração

- **Problemas no raciocínio:** dificuldade para abstrair, conectar informações e compreender adequadamente as demandas e atividades a serem feitas.
- **Dificuldades na resolução de problemas:** problemas ou incapacidade para pensar estratégias e resolver satisfatoriamente problemas.

Avaliação

A avaliação da inteligência pode incluir a observação de como o indivíduo pensa a partir da produção narrativa (demonstra habilidade para raciocinar adequadamente ou se apresenta de forma distorcida?) ou por meio de entrevista perguntando diretamente se a pessoa tem tido problemas na capacidade de raciocinar. A avaliação deve identificar dificuldades para raciocinar e tomar decisões, apresentando raciocínio distorcido, lento ou impreciso. Para isso, é possível observar a capacidade da pessoa de usar e compreender conceitos, metáforas e analogias, a adequação de seus raciocínios e a extensão de seu vocabulário. Além disso, informações sobre modos de lidar com problemas do dia a dia e sobre a conduta social são úteis na avaliação da capacidade intelectual.

Exemplos de perguntas

- **Problemas no raciocínio:** Você tem notado uma dificuldade para raciocinar, não conseguindo estabelecer conexões entre ideias?
- **Dificuldades na resolução de problemas:** Você tem experimentado dificuldade para resolver problemas, como se faltasse inteligência ou ideias para pensar em soluções efetivas?

Afeto

O afeto se refere à experiência das emoções vividas, em determinado momento, pelo indivíduo. Trata-se dos sentimentos experienciados em relação a estímulos externos (pessoas, lugares, eventos) e internos (pensamentos, memórias). As emoções podem ser estáveis (contínuas) ou instáveis (oscilantes), positivas (bem-estar) ou negativas (mal-estar), amplas (variadas) ou restritas (específicas), demonstradas (expressão) ou escondidas (constrição), controladas (regulação) ou descontroladas (desregulação).

Alteração

- **Restrição emocional:** faixa restrita de experiência emocional, apresentando pouca variação das emoções, caracterizando um embotamento afetivo.
- **Instabilidade emocional:** oscilações importantes do humor, variando entre estados antagônicos (alegre-triste; amor-ódio) ou entre diferentes emoções negativas (triste-ansioso; irritado-angustiado) em um curto período.
- **Intensidade emocional:** hipo ou hiperreatividade emocional, apresentando respostas emocionais desproporcionais às situações.
- **Afetos negativos:** predominância massiva de afetos negativos como tristeza, irritabilidade, angústia, ansiedade, desesperança, solidão que impactam significativamente a qualidade de vida.
- **Afetos maníacos:** estado de euforia, com sensação superestimada de si e das próprias capacidades, resultando em problemas interpessoais e ocupacionais.
- **Desregulação emocional:** perda da capacidade de controlar as próprias emoções, expressando-as livremente de modo inapropriado, e falha na capacidade de se acalmar e se autorregular.
- **Constrição emocional:** controle excessivo das emoções resultando em uma intensa sobrecarga emocional interna (“panela de pressão”).

Avaliação

Para a avaliação, observar durante a entrevista as expressões emocionais, buscando examinar a predominância de afetos vividos (negativos ou maníacos), bem como a forma de expressão dos afetos (constrição ou desregulação). Para tanto, tendem a ser sinais observáveis das experiências emocionais as expressões faciais, tons de voz e a postura do indivíduo. Por meio de entrevistas e expressões verbais é importante avaliar o conteúdo afetivo no discurso e nas narrativas do indivíduo. Ficar atento às reações com expressão afetiva reduzida, exagerada ou inadequada (por exemplo, demonstrar indiferença sobre algum evento importante ou demonstrar tristeza sobre um evento positivo), levando em consideração o contexto sociocultural do indivíduo.

Exemplos de perguntas

- **Restrição emocional:** Você sente que poucas coisas afetam suas emoções?
- **Instabilidade emocional:** As suas emoções mudam com muita frequência?
- **Intensidade emocional:** Você acredita que suas reações emocionais são proporcionais às situações que acontecem com você?
- **Afetos negativos:** Você diria que você tem vivido muito mais emoções negativas, como tristeza, irritação e angústia, do que positivas?
- **Afetos maníacos:** Você tem se sentido feliz, com muita energia, mas de uma forma estranha que não parece normal?
- **Desregulação emocional:** Você perde o controle das suas emoções?
- **Constrição emocional:** Você controla excessivamente as suas emoções?

Pensamento

O pensamento pode ser definido como o conjunto de funções, que, em resumo, participam do processo de criação, associação, análise, integração e conclusão de ideias, que utilizam estímulos (qualquer evento, situação, informação ou sensação) internos e externos como base.

Alteração

- **Produção:** o pensamento é ilógico (irreal, desagregado, ininteligível) ou mágico (misticismos, poderes, influências à distância).
- **Curso:** o pensamento é lento ou acelerado ou interrompido (perde o "fio da meada") ou perseverado (fixo num mesmo assunto).
- **Conteúdo:** o pensamento é delirante (convicção em uma ideia mesmo diante de evidências contrárias, pode ser bizarro "as pessoas são alienígenas" ou não "as pessoas são atores") ou com ideias delirantes (padrão de crenças infundadas, mesmo sabendo que são assim) ou pobre (ideias vagas) ou intrusivo (ideias ou imagens intrusivas negativas indesejáveis).

Avaliação

O pensamento é passível de ser avaliado a partir das produções narrativas do paciente. O conteúdo das falas (livres ou indagadas) sinaliza a forma como o indivíduo estrutura os seus pensamentos. A produção do pensamento é avaliada a partir da inteligibilidade e lógica do conteúdo narrado; é importante examinar se as falas da pessoa seguem um princípio lógico e ligado à realidade, ao invés de pensamentos ilógicos e/ou mágicos (por exemplo, acreditar em imortalidade). O curso do pensamento, por sua vez, é avaliado por meio da velocidade e quantidade da fala e de pensamentos, sendo importante investigar se o paciente se perde em meio à fala, não conclui seu discurso, entre outros. Por fim, o conteúdo do pensamento é avaliado justamente por meio dos temas centrais e níveis inadequados de convicção das próprias crenças. Nesse sentido, é fundamental observar a presença de delírios ou ideias paranoides (lembrando que no contexto da segurança pública, é provável que um padrão de suspeição seja apropriado devido às especificidades do contexto). Delírios bizarros indicam um importante problema de pensamento. Pensamentos intrusivos repetitivos, como obsessões ou relacionados a eventos traumáticos, tendem a ser incontroláveis e bastante perturbadores e indesejáveis. Já o pensamento pobre, expresso por ideias vagas, circunstanciais, pouco elaboradas, tem menor gravidade.

Exemplos de perguntas

- **Produção ilógica:** *[o paciente faz algumas narrativas ininteligíveis]*. Eu não consegui entender o que você disse sobre *[repetir o conteúdo]*. Você pode explicar melhor?
- **Produção mágica:** *[o paciente relata ideias mágicas]*. Você pode me explicar um pouco melhor como que *[repetir o conteúdo]* acontece?
- **Curso lento:** Você tem tido a sensação de que seu pensamento está mais devagar, como se ele não estivesse em um ritmo normal?
- **Curso acelerado:** Você tem sentido seus pensamentos muito acelerados a ponto da sua boca não conseguir acompanhar tudo o que você pensa?
- **Curso interrompido:** Eu observei que algumas vezes você não conclui as suas ideias, você tem sentido alguns brancos ou perda do que você estava pensando?
- **Curso perseverado:** *[o paciente retorna insistentemente para um assunto]*. Você notou que você sempre volta ao mesmo assunto de *[repetir o conteúdo]*? Por que esse assunto é tão importante para você?
- **Conteúdo delirante:** *[o paciente apresenta delírio, bizarro ou não]*. Você me disse *[repetir o conteúdo]*, mas não poderia *[oferecer um argumento com evidência contrária]*?
- **Conteúdo de ideias delirantes:** *[o paciente apresenta um padrão de crenças infundadas]*. Você tem me dito *[repetir o conteúdo]*, mas você não acha que *[oferecer um argumento que amplia as possibilidades de interpretação]*?
- **Conteúdo pobre:** Eu tenho notado que você tem falado pouco, sendo econômico nas palavras, você tem tido dificuldade para pensar sobre as coisas? *[descartar timidez, desconforto inicial ou suspeição da situação]*
- **Conteúdo intrusivo:** *[paciente relata ideias ou imagens intrusivas negativas indesejáveis]*. Você sente que não consegue controlar esses pensamentos?

Juízo Crítico

O juízo crítico é a capacidade que temos de avaliar a realidade que nos cerca e saber os limites entre o nosso interior e o mundo exterior, separando os sentimentos e emoções próprios dos sentimentos e

emoções de outras pessoas. Trata-se também da capacidade de se avaliar perante a realidade externa, ou seja, ter *insights* sobre si próprio (por exemplo, refletir sobre a adequação ou não de seus comportamentos, perante um grupo de pessoas).

Alteração

- **Falta de *insight* sobre as próprias emoções:** incapacidade de perceber a inadequação das próprias expressões emocionais.
- **Falta de *insight* sobre os próprios comportamentos:** incapacidade de perceber a inadequação dos próprios comportamentos, como gastar mais do que pode, atitudes inconvenientes (falar obscenidades) e se expor a riscos (direção imprudente).
- **Falta de *insight* sobre os próprios sintomas:** incapacidade de perceber a gravidade da própria condição de saúde mental, sem conseguir reconhecer as próprias limitações.

Avaliação

Para a avaliação, observar a capacidade do paciente em julgar criticamente a si mesmo e as situações que vivencia. Examinar a capacidade de *insight* por meio de questionamentos que favoreçam a autoavaliação. É importante considerar o grau de clareza que o indivíduo tem em relação à adequação das próprias emoções, comportamentos e estados psicológicos.

Exemplos de perguntas

- **Falta de insight sobre as próprias emoções:** *[o paciente manifesta uma emoção de forma inapropriada].* Você percebeu que você *[dizer o ocorrido]*?
- **Falta de *insight* sobre os próprios comportamentos:** *[o paciente relata comportamentos inapropriados - gastar demais, falar obscenidades, se expõe a riscos etc.]* Você disse que *[repetir o conteúdo]*. Você acha que esses comportamentos podem trazer algum problema para você?
- **Falta de *insight* sobre os próprios sintomas:** *[o paciente não percebe a gravidade do próprio quadro e suas limitações].* Você consegue perceber o quanto *[descrever a gravidade ou limitações]* traz prejuízos para a sua vida?

Conduta

A conduta se refere aos comportamentos observáveis do indivíduo, incluindo o comportamento motor, comportamento verbal, atitudes, gestos, impulsos, entre outros.

Alteração

- **Alteração psicomotora:** agitação / inquietação ou retardo / lentificação dos movimentos corporais.
- **Agressividade:** atitudes violentas ou agressivas, físicas ou verbais, contra pessoas, animais ou patrimônios. A ausência ou diminuição importante da agressividade em contexto laboral da segurança pública é indesejável.
- **Abuso de substâncias:** problemas relacionados ao uso, intoxicação ou dependência de substâncias psicoativas.
- **Imoralidade:** falha em respeitar os direitos das outras pessoas, caracterizada por atitudes desonestas e corruptas.
- **Exposição a riscos:** busca irresponsável e inconsequente de sensações que são desproporcionais às demandas do trabalho.
- **Impulsividade:** atitudes impensadas e inconsequentes que visam a satisfação imediata das necessidades emocionais, sem pensar em possíveis desfechos negativos.
- **Suicidalidade:** tentativas prévias de suicídio ou importantes ideias suicidas, incluindo planejamento, método e preparação para se matar.
- **Compulsividade:** falha no controle de repetir comportamentos indesejáveis, como gastar mais do que pode, fazer jogos de azar, ou outros comportamentos danosos.

Avaliação

A avaliação da conduta compreende tanto a observação direta do comportamento do paciente na sessão, como por meio de entrevistas. Durante a sessão é importante observar alterações psicomotoras significativas (agitação ou inquietação, retardo ou lentificação dos movimentos), atitudes agressivas e impulsivas. A entrevista deve questionar a respeito dos hábitos do indivíduo e tentar mapear a presença de comportamentos agressivos em um ou mais contextos (familiar, social, ocupacional). No contexto laboral da segurança pública,

a ausência de agressividade pode ser um risco para o próprio profissional, assim como para os colegas e sociedade, caso ele não consiga realizar uma atividade que demanda um adequado nível de agressividade. Ademais, é importante levantar informações acerca do uso, intoxicação ou dependência de álcool e outras drogas. Comportamentos imorais também podem ser identificados, caracterizando um desrespeito aos direitos das pessoas. Ainda, é fundamental examinar o nível de exposição a situações de perigo que a pessoa deliberadamente faz a si ou a outro (direção perigosa, atividades arriscadas) com a finalidade última de busca de sensações, que superam ao que é esperado na prática profissional. Comportamentos impulsivos, suicidas e compulsivos também merecem importante atenção.

Exemplos de perguntas

- **Alteração psicomotora:** Eu tenho notado você um pouco *[lento ou agitado]*. Você tem se sentido mais *[lento ou agitado]* ultimamente?
- **Agressividade aumentada:** Você tem se sentido mais agressivo nos últimos dias? Você chegou a entrar em brigas (físicas ou verbais) com os outros? Você chegou a quebrar coisas?
- **Agressividade diminuída:** Nos últimos tempos você chegou a ter alguma dificuldade para realizar alguma atividade profissional porque lhe faltou a agressividade necessária para a ação?
- **Abuso de substâncias:** Você tem usado alguma substância psicoativa nos últimos tempos, por exemplo, algum medicamento? Você tem percebido uma necessidade cada vez maior de usar mais *[nome da substância]*? Quando você não usa *[nome da substância]*, você nota alterações psicológicas importantes?
- **Imoralidade:** Você já enfrentou alguma situação no trabalho em que teve que tomar uma decisão moralmente difícil? Como você lidou com isso?
- **Exposição a riscos:** Você prefere evitar situações arriscadas ou busca ativamente experiências que oferecem uma dose de emoção? Você já se colocou em perigo ou a outras pessoas por causa dessa sua necessidade de buscar sensações?
- **Impulsividade:** Você costuma agir sem pensar nas consequências? Você já enfrentou consequências negativas devido a comportamentos impulsivos?

- **Suicidalidade:** Você já teve pensamentos de se machucar ou de tirar sua própria vida? Você tem pensado em uma forma para se machucar?
- **Compulsividade:** Existem comportamentos específicos que você se sente compelido a realizar repetidamente, mesmo que isso possa ter consequências negativas para você?

Sono

Descanso reparador por meio do sono. Um estado fisiológico, caracterizado pela diminuição da atividade sensorial. É por meio do sono que o sistema fisiológico humano se recupera, portanto, esse é de suma importância para o funcionamento adequado, tanto físico como psicológico.

Alteração

- **Insônia:** dificuldade para iniciar o sono, ou para manter o sono, despertando no meio da noite e demorando para voltar a dormir ou despertando muito mais cedo que o desejado sem conseguir voltar a dormir.
- **Hipersonia:** necessidade aumentada de sono, mesmo dormindo oito horas por noite, em casos graves pode apresentar narcolepsia que consiste no fracasso em resistir a entrar no sono.
- **Diminuição da necessidade do sono:** necessidade diminuída de sono, mesmo dormindo poucas horas por noite, sem impactar negativamente no nível de energia para as atividades do dia seguinte.
- **Perturbações do sono:** terror noturno, sonambulismo ou apneia do sono que tornam o sono perturbado e implicam em problemas no descanso para as atividades do dia seguinte.

Avaliação

A avaliação pode ser feita tanto pela observação direta do comportamento quanto por entrevista. Durante a sessão, avaliar se o paciente apresenta sinais de cansaço, olheiras, bocejos ou outros indicativos de problemas do sono. Por meio de entrevista, pode-se questionar o indivíduo a respeito da qualidade do sono, ou a respeito das dificuldades que enfrenta para dormir e descansar. Alguns sinais secundários à qualidade do sono podem ser identificados como

prejuízos na memória e irritabilidade, bem como atrapalhar o sono do parceiro. É preciso identificar a presença de sono agitado, relatos de interrupções frequentes do sono para se levantar para comer ou ir ao banheiro, ou mesmo sem motivo específico.

Exemplos de perguntas

- **Insônia:** Como tem sido seu sono ultimamente? Você tem experimentado dificuldades para adormecer, permanecer dormindo ou acordar cedo demais?
- **Hipersonia:** Você sente que dorme mais do que a maioria das pessoas da sua idade? Mesmo dormindo entre seis e oito horas de sono por noite, você se sente muito cansado e com vontade de dormir mais durante o dia? Já aconteceu de você não ter conseguido de modo algum controlar o sono, tendo dormido em uma situação inesperada, como no carro, no trabalho, em um local público?
- **Diminuição da necessidade do sono:** Você percebeu alguma mudança significativa na quantidade de sono de que precisa para se sentir descansado? Mesmo dormindo menos horas do que antes, você se sente descansado ao acordar?
- **Perturbações do sono:** Você já experimentou episódios em que acorda em um estado de pânico ou confusão durante a noite? Ou talvez você tenha sido informado por outras pessoas que você se levanta da cama e anda enquanto está dormindo? As pessoas dizem que você grita durante a noite? Você acorda durante a noite sem respiração, ofegante? No dia seguinte você se sente cansado por não ter tido uma boa noite de sono?

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Protocolo de Identificação de Alterações do Estado Mental para Profissionais de Segurança Pública foi desenvolvido pelo Projeto Escuta Sistema Único de Segurança Pública (E-SUSP). O objetivo deste protocolo foi padronizar um sistema de registro de casos de profissionais da segurança pública que apresentaram estados mentais severamente alterados no âmbito do projeto, o que demandava o acionamento de uma rede de cuidado e proteção à vida.

A partir dos dados coletados para a construção deste protocolo, identificou-se que as instituições de segurança pública não definem critérios claros e objetivos para o processo de desarmamento de profissionais da segurança pública que estejam apresentando alterações importantes no funcionamento mental. Essa é uma demanda que ainda precisa ser cuidadosamente considerada, por meio de uma pesquisa científica robusta. O presente protocolo não serve como um parâmetro ou diretriz nacional para tal finalidade, mas apenas para o propósito desta pesquisa.

Toda e qualquer pessoa pode vivenciar de forma súbita uma alteração importante no funcionamento mental e essa alteração pode ser caracterizada por um episódio único, ou transitório ou mesmo se tornar crônico. Alguns quadros ou em alguns contextos, essas alterações podem resultar na ausência de impactos significativos na vida da pessoa. Por outro lado, há condições e contextos em que essas alterações podem colocar a própria pessoa ou terceiros em risco. O contexto da segurança pública ganha relevância nesse cenário, dado o fato de seus trabalhadores terem fácil acesso a instrumentos letais. Assim, o monitoramento e a psicoeducação relacionados à saúde mental são dispositivos que precisam estar constantemente ativos, de modo a promover o bem-estar psicológico, a prevenir o adoecimento mental, e a intervir em situações em que a alteração severa do funcionamento mental estiver instalado.

É fundamental destacar o papel multifacetado do adoecimento mental, não sendo algo estritamente ligado ao indivíduo. Desse modo, é importante que a promoção da saúde mental inclua diferentes áreas da vida. No contexto familiar, a saúde das relações familiares, o tempo de qualidade com a família e experiências positivas com os membros da família nuclear e expandida são

fatores promotores do bem-estar psicológico. No âmbito social, o apoio de amigos, eventos que promovam encontros interpessoais e o fortalecimento de vínculos sociais tendem a incrementar a vivência de afetos positivos. Na vida laboral, a existência de um clima organizacional positivo, o adequado balanço entre recursos e demandas e a existência de políticas organizacionais promotoras da qualidade de vida no trabalho tendem a favorecer a saúde mental de seus trabalhadores. Outras áreas da vida como a espiritual/religiosa, a pessoal e a de lazer merecem igual atenção. Esse entendimento reflete uma realidade de responsabilidade compartilhada acerca da saúde mental, não sendo algo exclusivamente do indivíduo. Não adianta oferecer atendimento psicológico ao trabalhador se a estrutura de trabalho é desequilibrada em termos de recursos e demandas. A saúde mental é uma construção coletiva, multifacetada e que implica a ação ativa de diferentes atores.

5. APÊNDICES

CHECKLIST DE INDICADORES DE DESARMAMENTO

Considerar relatos dos últimos 7 dias

Dimensão	Definição	Alterações	Sim	Não	Comentários
Consciência	Estado de lucidez ou de alerta em que a pessoa se encontra.	Estado de confusão generalizada, indicando baixo nível de consciência.			
Atenção	Capacidade voluntária de manter o foco em uma ou mais atividades, mesmo com a presença de distratores.	Sinais de desatenção e distração, implicando na dificuldade de manter o foco na atividade.			
Sensopercepção	Capacidade de perceber e interpretar os estímulos que se apresentam aos órgãos dos sentidos.	Demonstra alterações perceptivas significativas como alucinações ou ilusões.			
Orientação	Capacidade do indivíduo de situar-se no tempo, espaço ou situação e reconhecer sua própria pessoa.	Apresenta quadro de desorientação, com noção prejudicada de quem é e da localização no espaço-tempo.			
Memória	É a capacidade de registrar, fixar ou reter, evocar e reconhecer objetos, pessoas e experiências passadas ou estímulos sensoriais.	Alterações significativas na capacidade de se recordar de eventos vivenciados, demonstrando prejuízo para a atividade profissional.			

Inteligência	Capacidade de raciocínio, resolução de problemas e concatenação de ideias.	Apresenta dificuldade para raciocinar e tomar decisões, apresentando raciocínio distorcido, lento ou impreciso.			
Afeto	É a experiência subjetiva das emoções vividas pelo sujeito.	Demonstra estado emocional significativamente alterado, ou elevado, ou diminuído ou instável.			
Pensamento	A forma e velocidade como constrói ideias e se estão conectadas ou não com a realidade.	Sinais de alterações importantes na produção, no curso e/ou no conteúdo do pensamento, como pensamento ilógico/mágico, acelerado/ lentificado e excêntrico/bizarro, incluindo ideias ou delírios paranoides.			
Juízo Crítico	É a capacidade para perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspectos do mundo interno ou subjetivo.	Insight inadequado expresso em comportamentos inconvenientes, inconsequentes e inapropriados, implicando em uma falta de adequação com a realidade externa.			
Conduta	São os comportamentos observáveis do indivíduo: comportamento motor, atitudes, gestos, impulsos.	Alterações psicomotoras significativas como agitação e inquietação ou retardo e lentificação dos movimentos.			

Conduta	São os comportamentos observáveis do indivíduo: comportamento motor, atitudes, gestos, impulsos.	Importantes comportamentos agressivos ou violentos em um ou mais contextos, como o familiar e o social. No contexto ocupacional, agressividade muito baixa ou muito elevada, desproporcional ao esperado.			
		Uso abusivo de álcool, drogas ou outras substâncias que causam dependência física ou psíquica.			
		Sinais de comportamentos e ideias imorais que infringem os direitos dos outros, incluindo roubo, vandalismo, corrupção, dentre outros comportamentos.			
		Exposição a situações de perigo para si mesmo ou para o outro, incluindo direção perigosa ou atividades arriscadas para a busca de sensações desproporcionais às demandas do trabalho.			
		Exibe um padrão significativo de atitudes impulsivas, incluindo ações impensadas e imprudentes.			

		Apresenta tentativa prévia ou recorrente de suicídio e/ou ideação suicida, incluindo ideias e planejamento de se matar.			
		Comportamentos excessivos e atitudes compulsivas ao sexo, jogatina, compras ou outras atitudes danosas. Pode ou não apresentar comportamentos grandiosos/ maníacos.			
Sono	Descanso reparador por meio do sono.	Falta de qualidade no sono, incluindo distúrbios do sono e tempo de sono reduzido que afetam a relação com os outros e/ ou a atuação no trabalho.			

6. REFERÊNCIAS

Albarello, B. A. (2022). O uso do teste projetivo Rorschach para avaliação psicológica no contexto da segurança pública. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, *5*(11), 88-96. https://doi.org/10.5281/zenodo.7116613

Brasil, Polícia Federal. Instrução normativa no.78/2014 - DG/DPF de 10 de fevereiro de 2014. Estabelece procedimentos para o credenciamento e fiscalização de psicólogos responsáveis pela expedição de comprovante de aptidão psicológica para o manuseio de arma de fogo e regulamenta a atuação do psicólogo na avaliação psicológica do vigilante. Acessado de: http://www.pf.gov.br/servicos-pf/armas/credenciamento-psicologos/psicologos-crediciados/IN%2078

Caneda, C. R. G., & Teodoro, M. L. M. (2010). Desenvolvimento e investigação de propriedades psicométricas da escala motivacional para porte de arma (EMPA). *Avaliação Psicológica*, *9*(3), 471-478.

Caneda, C. R. G., & Teodoro, M. L. M. (2012). Contribuições da avaliação psicológica ao porte de arma: uma revisão de estudos brasileiros. *Aletheia*, (38-39), 162-172.

Conselho Federal de Psicologia. Rolução CFP nº 1, 21 de janeiro de 2022. Regulamenta a Avaliação Psicológica para concessão de registro e porte de arma de fogo e revoga a Resolução CFP nº 18, de 09 de dezembro de 2008, a Resolução CFP nº 02, de 30 de março de 2009 e a Resolução CFP nº 10, de 21 de outubro de 2009. [Internet]. Acessado de: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-1-de-21-de-janeiro-de-2022-376060371

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 06, de 29 de março de 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. Acessado de: https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-6-2019-institui-regras-para-a-elaboracao-de-documentos-escritos-

produzidos-pela-o-psicologa-o--no-exercicio-profissional-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-15-1996-a-resolucao-cfp-no-07-2003-e-a-resolucao-cfp-no-04-2019?origin=instituicao&q=06/2019

Cordioli, A. V., Zimmermann, H. H., & Kessler, F. (2004). *Rotina de avaliação do estado mental*. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/56971251/Avaliac_a_o_do_Estado_Mental_-_Copia.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2024.

Faiad, C., & Alves, I. C. B. (2018). Contribuições do Satepsi para avaliações psicológicas compulsórias (trânsito, porte de arma e concursos públicos). *Psicologia: ciência e profissão*, *38*, 50-59. https://doi.org/10.1590/1982-3703000208851

Faiad, C., Santos, A. P., Lobosque, E. M. G., Sant'Anna Filho, O., Prado, L. V., & Coelho Junior, F. A. (2021). Avaliação psicológica em concursos públicos e porte de arma: Histórico e desafios. Psicologia: Ciência e Profissão, 41, 1-13. https://doi.org/10.1590/1982-3703003252456

Gavin, P., & Porter, C. N. (2025). Understanding the impact of organisational and operational stressors on the mental health of police officers in Ireland. *Police Practice and Research*, *26*(1), 90–100. https://doi.org/10.1080/15614263.2024.2364247

Hasbun, A. S. P. de S., Formiga, A, N. S. & Estevam, I. D. (2021). Z test and decision making: Ideographic psychological assessment for firearm handling. *Research, Society and Development*, 10 (4), 1-17. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13815

Joseph, H. L., Liu, W., Petersen, K., Sheridan-Johnson, J., & Taylor, B. G. (2025). Subject injury and police use of force in mental health crises. *International journal of law and psychiatry*, *101*, 102104. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2025.102104

Melo, B. S. B. (2022). Impacto da atividade profissional sobre a saúde física e mental de profissionais da segurança pública: análise bibliométrica. *Revista brasileira de ciências policiais, 13*(7), 29-54. https://periodicos.pf.gov.br/index.php/RBCP/pt_BR/article/view/881/579

Resende, M. A. (2017). Avaliação psicológica para concessão do porte de arma de fogo à população e policiais da PMMG. *Psicologia: Saúde Mental & Segurança Pública*, *3*(6). https://revista.policiamilitar.mg.gov.br/index.php/psicologia/article/view/97

Rooney, L., & McNicholas, F. (2020). Policing a pandemic: Garda wellbeing and COVID-19. Irish Journal ofPsychological Medicine, 37(3), 192–197. https://doi.org/10.1017/ipm.2020.70

Vecchi, M. (2023). O impacto dos fatores psicológicos no porte e manuseio de armas de fogo no contexto policial: uma revisão da literatura. In A. L. B. Pereira (Orgs.), *Ciências Policiais em Revista* (pp. 84-107). Academia de Polícia Civil de Santa Catarina.

PRÓ-VIDA
SEGURANÇA PÚBLICA

ESCUTA SUSP

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO