

# Saúde na Segurança Pública

*Indicadores e Diretrizes  
para Intervenções  
no Âmbito do*

**PROGRAMA NACIONAL DE  
QUALIDADE DE VIDA  
PARA PROFISSIONAIS  
DE SEGURANÇA PÚBLICA**

## PRÓ-VIDA

**Organizadores:**

Victoria Ayelen Gomez  
Sheila Giardini Murta  
Daniela Sacramento Zanini  
Cristiane Faiad  
Sérgio Eduardo Silva De Oliveira  
Thiago Gomes Nascimento

**Coordenação do Projeto:**

Prof Dra Cristiane Faiad

SECRETARIA NACIONAL DE  
SEGURANÇA PÚBLICA

MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA



CEPATS



Universidade de Brasília



FINATEC



Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Esplanada dos Ministérios, Bloco "T", Palácio da Justiça Raymundo Faoro, Edifício Sede, 5º andar, sala 500, Brasília, DF, CEP 70.064- 900.

#### Edição e Distribuição

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Secretaria Nacional de Segurança Pública  
Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias  
Sociais- CEPATS/UNB

#### Direção e Coordenação

Professora Dra Cristiane Faiad

#### Projeto Gráfico e Editoração

Raimundo Marques Corrêa Filho

#### Organização da Obra:

Victoria Ayelen Gomez  
Sheila Giardini Murta  
Daniela Sacramento Zanini  
Cristiane Faiad  
Sérgio Eduardo Silva De Oliveira  
Thiago Gomes Nascimento

#### Coleta, Tratamento e Produção Estatística

GT Saúde- CEPATS- Termo de Execução Descentralizado Avaliação de Saúde e de Proposições de Intervenção na Área de Segurança Pública- Estudo Nacional

614  
S255s

Saúde na segurança pública : indicadores e diretrizes para intervenções no âmbito do Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública – Pró-Vida / organizadores, Victória Ayelen Gomez ... [et. al.] ; coordenação do projeto : Cristiane Faiad. – Brasília : Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2022. 284p.

ISBN 978-65-87762-17-3

1. Profissional da segurança pública, proteção, Brasil. Saúde no trabalho, proteção, Brasil. I. Gomez, Victória Ayelen (org.). II. Faiad, Cristiane (coord.). III. Programa Nacional de Qualidade de Vida na Segurança Pública (Brasil) (Pró-Vida). IV. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Segurança Pública. V. Título.

CDD

# SUMÁRIO - Figuras

## **Capítulo 1**

Figura 1 - Processos de triagem e elegibilidade das revisões identificadas.....	25
---	----

## **Capítulo 2**

Figura 1 - Número de estudos internacionais sobre programas de promoção da saúde.....	70
Figura 2 - Localização geográfica dos países onde foram feitas as intervenções de promoção da saúde.....	71
Figura 3 - Locais de implementação das intervenções de promoção da saúde.....	81
Figura 4 - Quantidade de estudos sobre promoção da saúde conduzidos com policiais e bombeiros.....	82
Figura 5 - Número de estudos internacionais sobre programas de proteção específica.....	104
Figura 6 - Localização geográfica dos países onde foram feitas intervenções para proteção específica.....	105
Figura 7 - Estudos de proteção específica conduzidos com as polícias e bombeiros.....	107
Figura 8 - Locais de aplicação das intervenções para proteção específica.....	114
Figura 9 - Número de estudos sobre programas de prevenção secundária.....	127
Figura 10 - Localização geográfica dos países em três continentes.....	128
Figura 11 - Percentual de estudos conduzidos com as polícias e bombeiros.....	137

## **Capítulo 3**

Figura 1 - Classificação desenvolvida pela análise de CHD.....	182
Figura 2 - Análise fatorial de correspondência das palavras ativas das cinco classes lexicais obtidas a partir da classificação hierárquica descendente.....	193
Figura 3 - Resultado da análise de similitude.....	194

#### **Capítulo 4**

Figura 1 - Boas práticas em saúde por unidade federativa.....	204
Figura 2 - Abrangência dos serviços prestados pelas intervenções de boas práticas em saúde.....	208
Figura 3 - Nível de prevenção das intervenções de boas práticas em saúde.....	210
Figura 4 - Público-alvo das intervenções de boas práticas em saúde.....	212
Figura 5 - Abrangência do público-alvo das intervenções de boas práticas.....	213
Figura 6 - Número de intervenções de boas práticas que atendem aos familiares dos agentes de segurança pública por unidade da federação.....	214
Figura 7 - Quem implementa as intervenções.....	216
Figura 8 - Contexto de implementação da intervenção.....	216

#### **Capítulo 5**

Figura 1 - Frequência de óbitos entre 2015 e 2020.....	225
Figura 2 - Causas de óbitos entre 2015 e 2020.....	226
Figura 3 - Especificidades dos óbitos por suicídio entre 2015 e 2020.....	228
Figura 4 - Avaliação do número de instrumentos de higiene pessoal em relação a quantidade de servidores.....	241

#### **Capítulo 6**

Figura 1 - Proposições de intervenções em saúde para profissionais da segurança pública.....	247
Figura 2 - Modelo multidimensional de saúde.....	254



# SUMÁRIO - Tabelas

## **Capítulo 1**

Tabela 1 - Definição de critérios utilizados na codificação das revisões.....	27
Tabela A - Características (metadados) das revisões sobre programas de intervenção em saúde.....	50
Tabela B - Características dos programas de intervenção em saúde selecionados e analisados pelas revisões.....	56

## **Capítulo 2**

Tabela 1 - Definição de critérios usados na codificação dos estudos.....	68
Tabela 2 - Características de programas de intervenção classificados em promoção da saúde.....	76
Tabela 3 - Características de programas de intervenção classificados em proteção específica.....	109
Tabela 4 - Características de programas de intervenção classificados em prevenção secundária.....	131
Tabela 5 - Instrumentos de medida utilizados.....	142
Tabela 6 - Principais limitações dos estudos de prevenção secundária.....	151

## **Capítulo 3**

Tabela 1 - Descrição do corpus: resultados da análise lexicográfica.....	178
Tabela 2 - Resultados estatísticos da CHD.....	180
Tabela 3 - Evidências empíricas da Classe 1: principais problemas de saúde.....	185
Tabela 4 - Evidências empíricas da Classe 4: proposições para melhoria da saúde...	187
Tabela 5 - Evidências empíricas da Classe 5: facilitadores para a promoção da saúde.....	189
Tabela 6 - Evidências empíricas da Classe 3: dificuldades para a promoção da saúde.....	190
Tabela 7 - Evidências empíricas da Classe 2: programas existentes para a promoção da saúde.....	192

#### **Capítulo 4**

Tabela 1 - Natureza das intervenções de boas práticas em saúde.....	207
---	-----

#### **Capítulo 5**

Tabela 1 - Exigência de exames toxicológicos e frequência de exames toxicológicos.....	221
Tabela 2 - Utilização pelos servidores da assistência à saúde.....	222
Tabela 3 - Existência de setor de saúde e gestão de saúde.....	223
Tabela 4 - Proposição de políticas internas de saúde.....	224
Tabela 5 - Programa de prevenção ao suicídio.....	230
Tabela 6 - Realização e frequência de homenagens.....	231
Tabela 7 - Disponibilização de assistência religiosa para colegas e familiares no acompanhamento pós-óbito.....	232
Tabela 8 - Programa de acompanhamento para dependentes e colegas de trabalho.....	232
Tabela 9 - Disponibilização de assistência religiosa.....	233
Tabela 10 - Programa de assistência jurídica e avaliação sistemática.....	233
Tabela 11 - Programa de preparação para a aposentadoria e percentual de servidores aposentados que retornaram às atividades nos últimos 2 anos.....	234
Tabela 12 - Programa de obtenção de moradia.....	235
Tabela 13 - Avaliações periódicas e melhorias baseadas nas avaliações.....	235
Tabela 14 - Frequência de reparos na infraestrutura e de reposição e manutenção dos equipamentos.....	236
Tabela 15 - Local e leitos de descanso no ambiente de trabalho para os servidores.....	237
Tabela 16 - Acessibilidade para portadores de deficiência física, visual e auditiva.....	238
Tabela 17 - Infraestrutura do local de trabalho e frequência de manutenção no mobiliário.....	239
Tabela 18 - Locais saudáveis para o desenvolvimento do trabalho.....	240
Tabela 19 - Áreas para prática de atividades físicas.....	241





# SUMÁRIO

## APRESENTAÇÃO

10

## PARTE I

### EVIDÊNCIAS DA LITERATURA

#### CAPÍTULO 1.

Programas de Intervenção em Saúde para Policiais e Bombeiros

18

#### CAPÍTULO 2.

Programas de Prevenção Primária e Secundária para os Profissionais da Segurança

60

## PARTE II

### EVIDÊNCIAS DO CONTEXTO LOCAL

#### CAPÍTULO 3.

Avaliação das Demandas, Barreiras e Propostas para Melhoria da Saúde de Profissionais da Segurança Pública

170

#### CAPÍTULO 4.

Boas Práticas em Saúde na Área da Segurança Pública

202

#### CAPÍTULO 5.

Necessidades de Saúde do Trabalhador da Segurança Pública: Uma Análise de Dados Institucionais

220

## PARTE III

### PROPOSIÇÕES DE INTERVENÇÕES

#### CAPÍTULO 6.

Proposições de Intervenções em Saúde para Trabalhadores da Segurança Pública

244

## ACESSO AO CURSO:

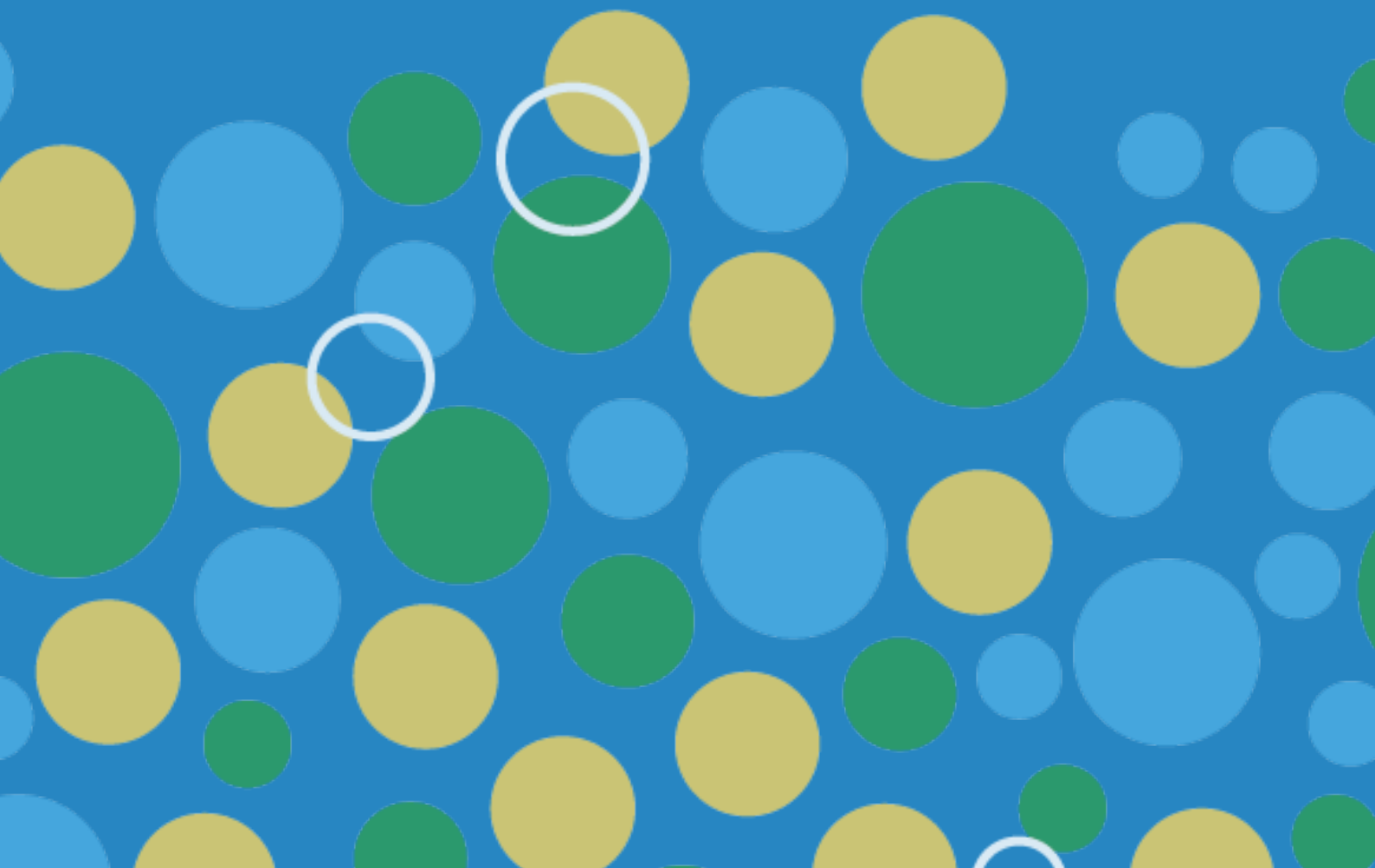
### Abordagem do Mapeamento de Intervenções

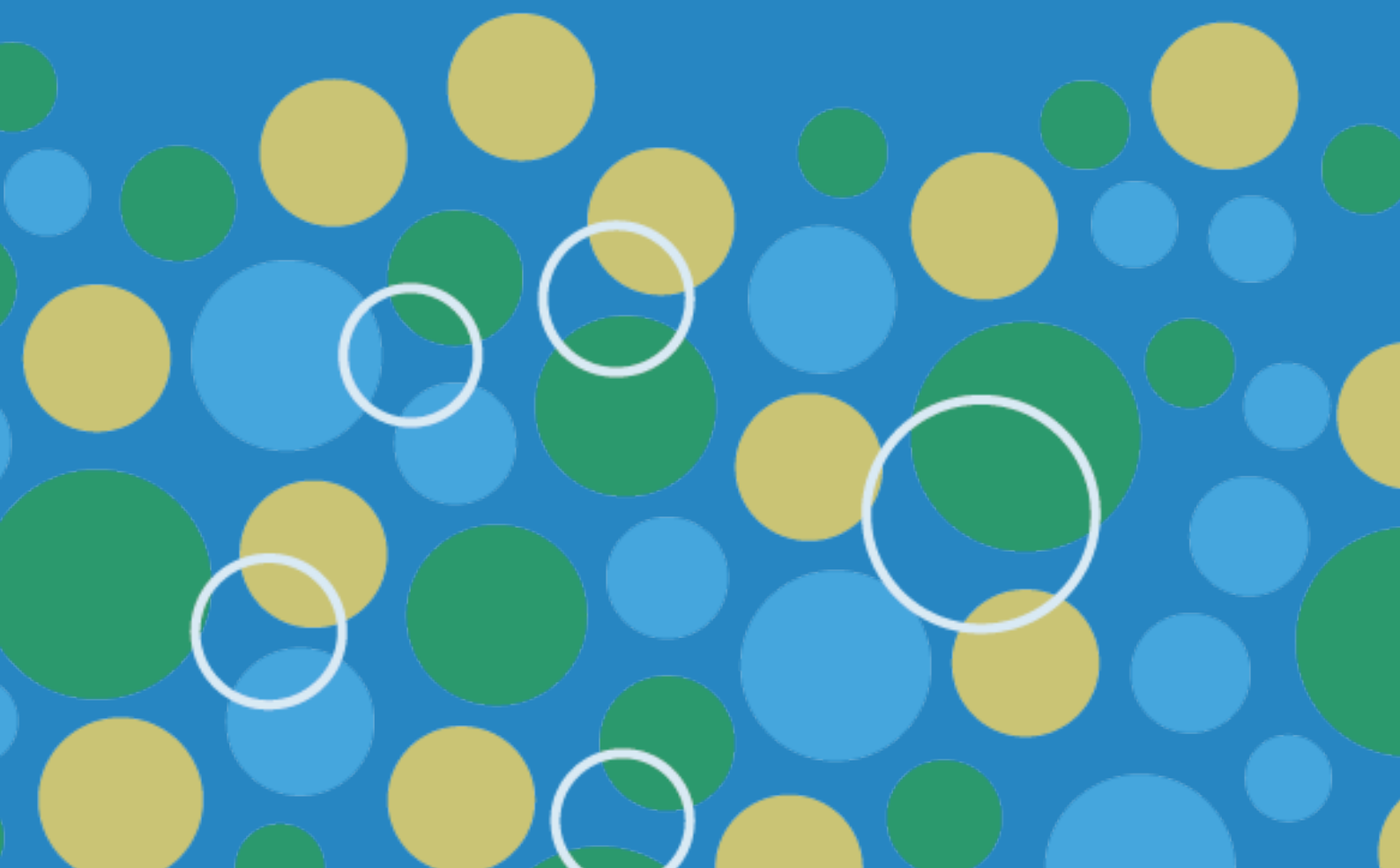
266

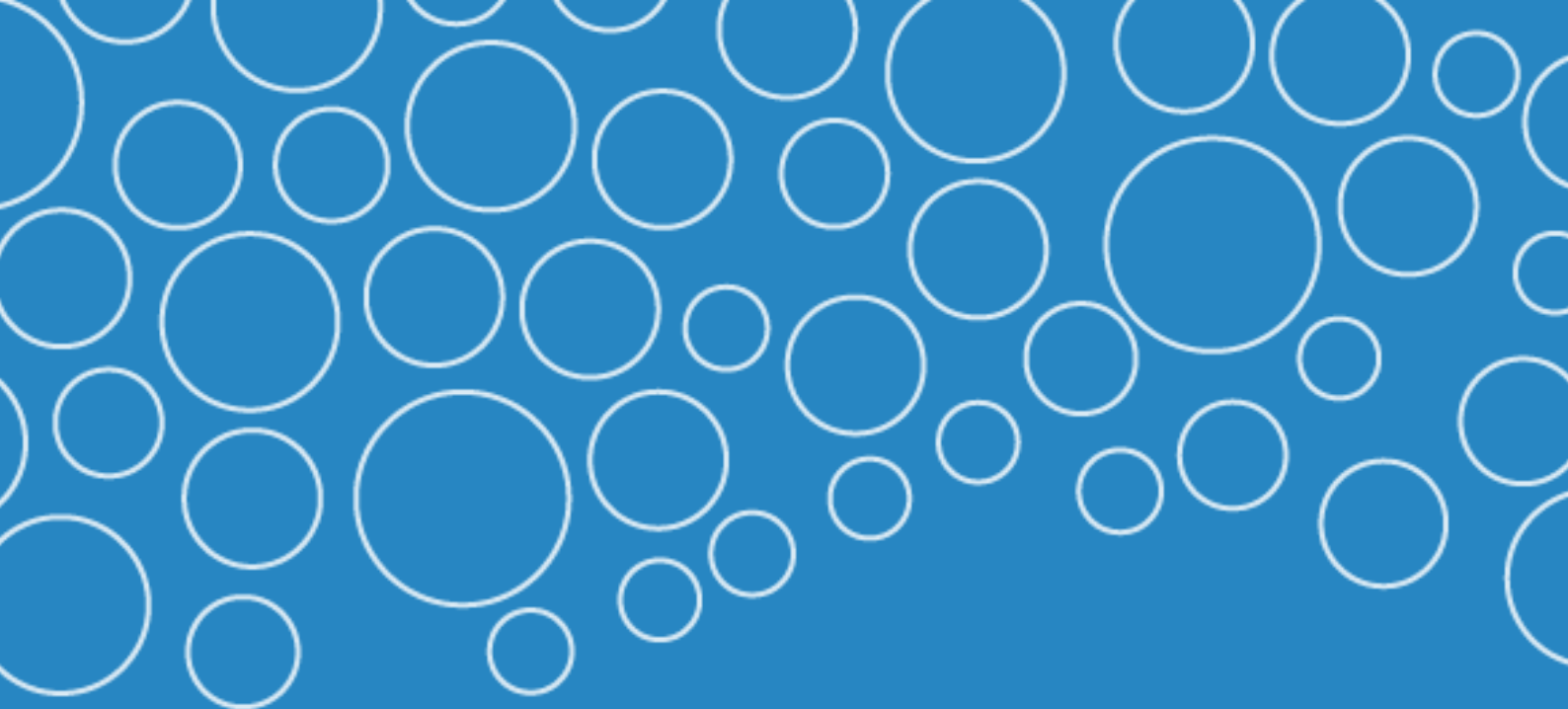
## SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

270

# APRESENTAÇÃO








É com satisfação que entregamos aos leitores e às leitoras a obra **Saúde na Segurança Pública: Indicadores e Diretrizes para Intervenções no Âmbito do Programa Nacional de Qualidade de Vida para os Profissionais de Segurança Pública - Pró-Vida**. Este livro é derivado do projeto Avaliação da Saúde e de Proposições de Intervenção na Área de Segurança Pública: Estudo Nacional (TED 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP), conduzido pelo Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS), vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Este projeto buscou investigar as necessidades de atenção direcionadas aos operadores de Segurança Pública de todas as regiões do Brasil e as vias potenciais para a promoção da saúde, prevenção e cuidado desta categoria profissional. Os achados e as proposições dele derivadas constituem, precisamente, o objeto de discussão deste livro.

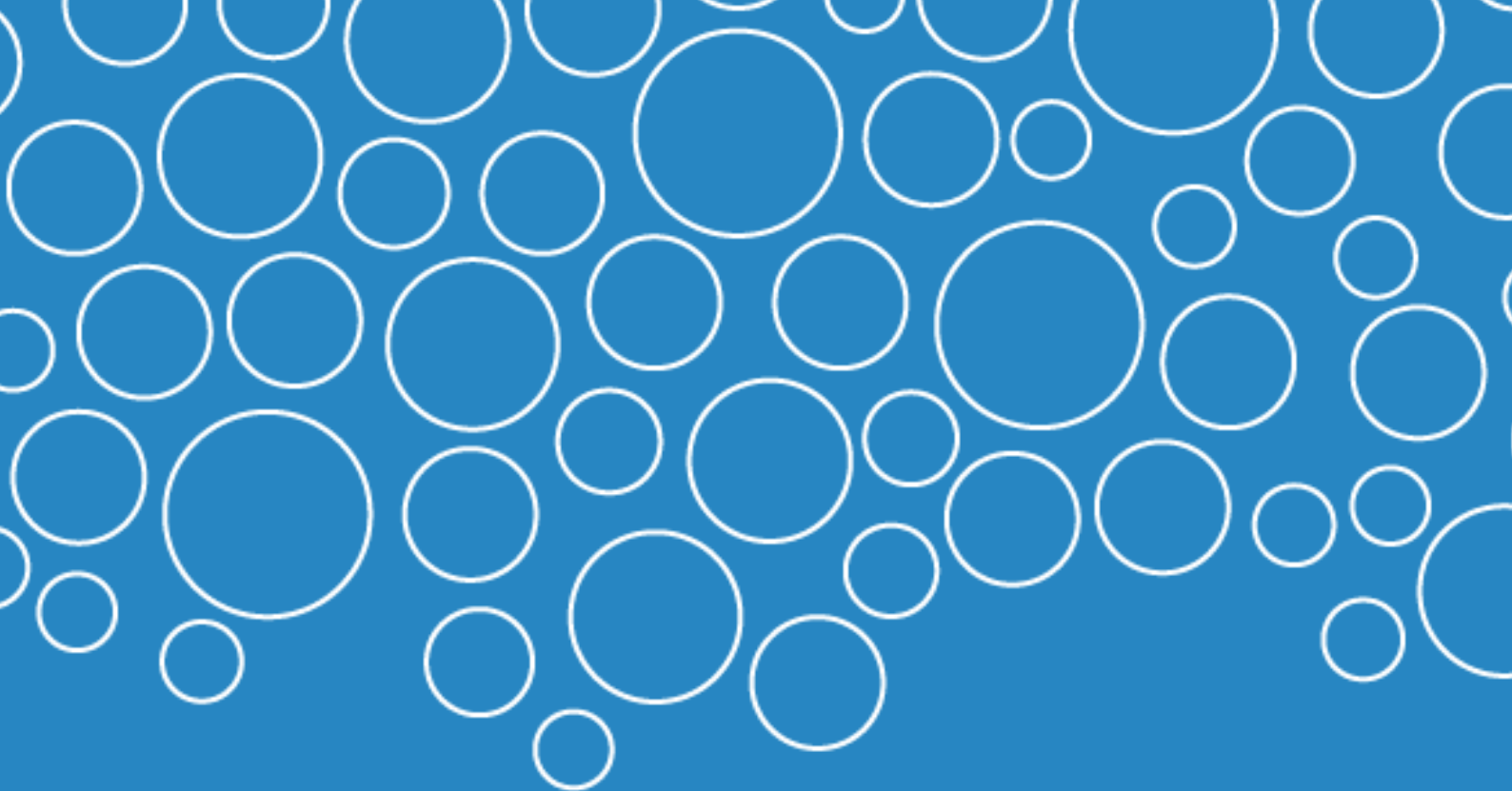
Este livro reúne seis capítulos agrupados em três partes. A Parte I apresenta evidências da literatura brasileira e internacional acerca de como são e quais resultados geram as inter-




venções em saúde para profissionais da segurança pública. O capítulo 1, intitulado **Programas de intervenção em saúde para policiais e bombeiros**, versa sobre uma análise de revisões da literatura internacional sobre intervenções de saúde na segurança pública destinadas à categoria de profissionais já citadas. O capítulo 2, **Programas de promoção da saúde, prevenção primária e prevenção secundária para profissionais da segurança pública**, apresenta evidências oriundas da literatura internacional sobre intervenções para promoção da saúde, proteção específica à saúde e prevenção secundária à saúde de profissionais da segurança pública. As características das intervenções e suas evidências de eficácia são discutidas, fornecendo dados sobre experiências bem-sucedidas que poderiam inspirar a implementação de intervenções em saúde no contexto de Segurança Pública no Brasil.

A Parte II descreve evidências obtidas a partir da consulta à realidade dos profissionais da Segurança Pública de todos os estados brasileiros, incluindo: Polícia Militar, Corpo de Bombe-






ros Militar, Polícia Civil, Polícia Científica, Polícia Penal, Polícia Rodoviária Federal e Departamento Penitenciário Nacional. Os resultados dessa pesquisa estão descritos nos capítulos 3, 4 e 5. O capítulo 3, intitulado **Avaliação das demandas, barreiras e propostas para melhoria da saúde de profissionais de segurança pública**, aborda o relato de participantes de 47 grupos focais e oito entrevistas realizadas presencialmente em todos os estados da federação. Os participantes foram ouvidos acerca do que consideram problemas de saúde prioritários em suas categorias profissionais, barreiras para a oferta de intervenções em saúde, soluções potenciais e recomendações para a melhoria da saúde de seus grupos ocupacionais. O capítulo 4, nomeado **Boas práticas em saúde na área da segurança pública**, apresenta achados de ações bem-sucedidas de promoção da saúde na segurança pública no Brasil conforme a percepção de entrevistados da polícia militar, corpo de bombeiros, polícia civil, polícia científica e polícia penal. As entrevistas foram realizadas



por meio de visitas *in loco* em cada um dos 26 estados da federação, além do Distrito Federal. Na ocasião, foi possível identificar alguns exemplos de intervenções, programas ou políticas em andamento nas corporações que têm como objetivo promover a saúde dos colaboradores. Por sua vez, o capítulo 5, **Necessidades de saúde do trabalhador da segurança pública: uma análise de dados institucionais**, aponta indicadores de saúde coletados quantitativamente por meio de um questionário que foi enviado a todas as instituições participantes da pesquisa. Ao todo, 51 instituições completaram o preenchimento do questionário. Não obstante, há necessidade de trabalhos que foquem na saúde do grupo investigado e há lacunas a serem consideradas para a formulação de políticas, programas e intervenções relevantes para o público-alvo. Um importante investimento na maior participação das instituições no registro de seus dados precisa ser acompanhado, visto a importância desse registro para a formação de políticas efetivas.



Finalmente, a Parte III, composta pelo capítulo 6, intitulado **Proposições de intervenções em saúde para trabalhadores da segurança pública**, encerra a obra abordando ações para a melhoria da saúde na segurança pública no Brasil baseadas nas evidências discutidas nas Partes I e II do livro. As proposições consideram barreiras contextuais, abrangência do público-alvo, modalidades e foco das intervenções, agentes da implementação, níveis de atenção à saúde e medidas para favorecer o desenho, a oferta e a sustentabilidade das ações propostas.

A despeito dos inúmeros obstáculos que se apresentam, esperamos que este livro cumpra o destino para o qual foi elaborado, qual seja, o de inspirar políticas públicas em saúde baseadas em evidência científicas e, ao fim e ao cabo, favorecer a saúde das pessoas, organizações e coletividades. Espera-se que o conjunto de dados ofertados possa oferecer importantes reflexões aos gestores da área de segurança no país e, acima de tudo, a materialização de propostas efetivas.



**Coordenação do Projeto:**

*Profa Cristiane Faiad*

**Organizadores da Obra:**

*Victoria Ayelen Gomez*

*Sheila Giardini Murta*

*Daniela Sacramento Zanini*

*Sérgio Eduardo Silva De Oliveira*

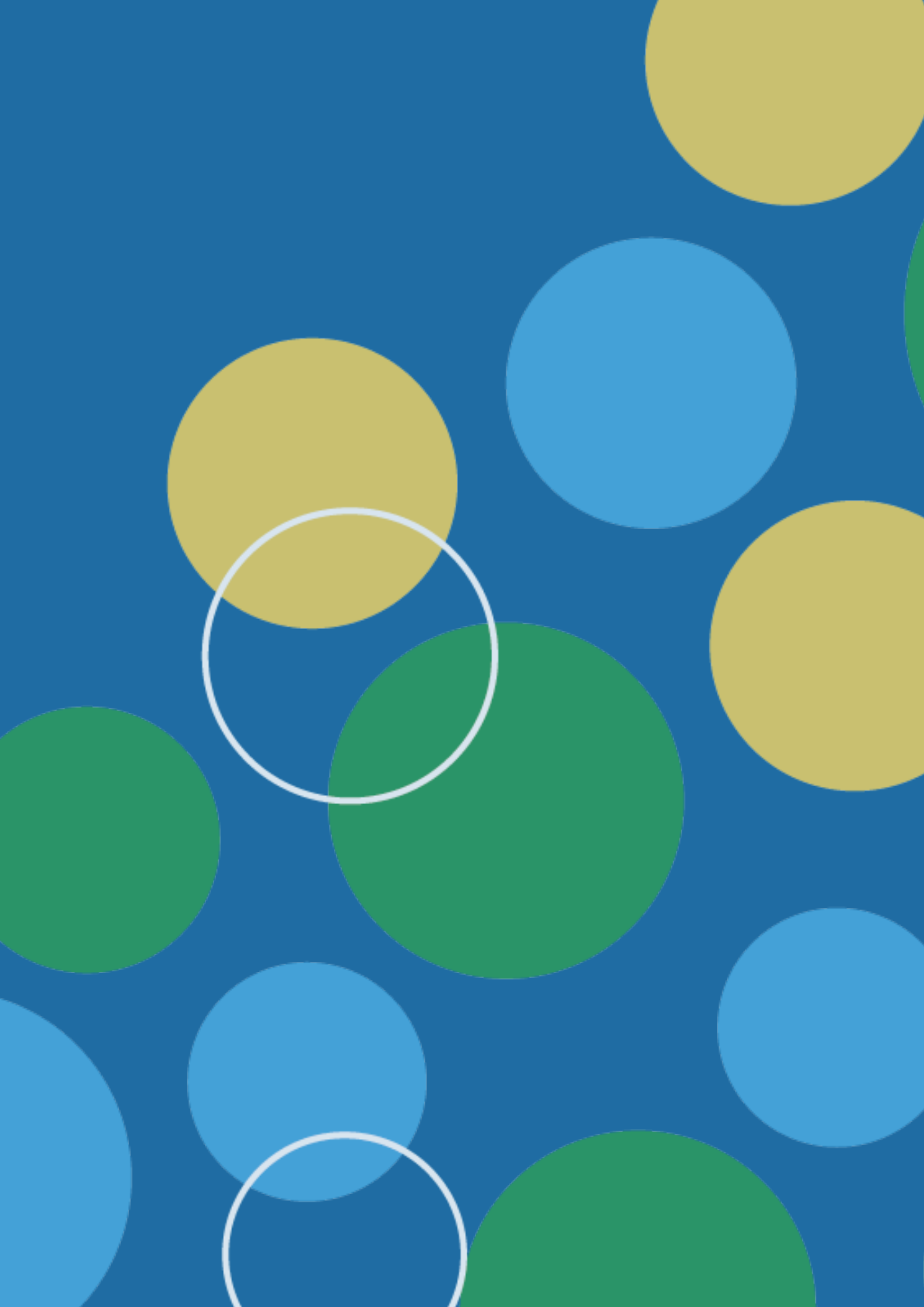
*Thiago Gomes Nascimento*

PARTE I

# EVIDÊNCIAS DA LITERATURA







## CAPÍTULO 1

# Programas de Intervenção em Saúde para Policiais e Bombeiros

*Victor Cezar de Sousa Vitor*

*Victoria Ayelen Gomez*

*Olivia Leone Morais*

*Amanda Vitoria Lopes*

*Ranielly Pereira Barbosa*

*Daniela Sacramento Zanini*

*Sheila Giardini Murta*

*Cristiane Faiad*

O investimento em programas de intervenção em saúde vem sendo cada vez mais evidenciados, visto sua importância para os indivíduos, as instituições e a sociedade. Entre seus ganhos, pode-se destacar a possibilidade de se desenvolver ações de prevenção primária em saúde, buscando evitar a instalação do processo de adoecimento; a construção de ações em promoção da saúde, disponibilizando recursos para que os indivíduos possam enfrentar adversidades; e, finalmente, a proposição de ações que facilitam o tratamento em saúde quando o processo saúde-doença já foi instalado.

Nos últimos anos, os estudos sobre programas de intervenção em saúde na segurança pública (Anderson et al., 2020; Di Nota et al., 2021; Lassen et al., 2019) têm despertado atenção

acadêmica e social, considerando o aumento significativo de problemas de saúde desse segmento ocupacional relacionados ao estresse e riscos cardiovasculares (Magnavita et.al, 2018), ideação suicida e comportamento suicida (Franco, 2018; Stanley et al., 2016), estresse pós-traumático (Wagner et al., 2020), depressão (Agrawal & Singh, 2020) e estresse ocupacional (Marinho et al., 2018). O que mostra a importância de pesquisas que dêem subsídios técnico-científicos para melhores intervenções.

Dessa forma, este capítulo tem o objetivo de identificar a produção científica nacional e internacional sobre programas de intervenção em saúde com foco em agentes da segurança pública (polícias e bombeiros) a partir de artigos científicos que apresentaram revisões de literatura. Especificamente, serão descritos os objetivos das revisões, as características das intervenções abordadas e uma síntese dos principais resultados sobre os programas de intervenção de saúde. Por fim, serão indicadas as principais diretrizes de atuação para gestores na formulação, implementação e avaliação de intervenções de boas práticas em saúde para profissionais de segurança pública.

## Método

O processo de busca e seleção das revisões estudadas está dividido em quatro subseções. Primeiro, são apresentadas as palavras-chave utilizadas no levantamento da literatura. Na subseção seguinte, apresenta-se as bases bibliográficas utilizadas, bem como as estratégias de busca. Na terceira subseção, encontra-se os critérios de seleção e exclusão de revisões. Por fim, a quarta subseção apresenta a forma com que os estudos foram analisados.

### Procedimentos de busca

As palavras-chave adotadas nas ferramentas de busca da literatura foram definidas a partir dos grupos focais realizados com profissionais de segurança pública atuantes no campo da saúde e dos recursos humanos em todas as unidades federativas, que consistiu em uma das etapas do projeto “Pesquisa Nacional sobre as Condições de Saúde, Segurança, Valorização e Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública”. Logo, foram definidos os seguintes termos de busca: “ansiedade”, “*burnout*”, “depressão”, “doenças físicas”, “estresse ocupacional”, “saúde mental” e “suicídio”.

Com o intuito de manter uma simultaneidade operacional à revisão foram incluídas as palavras-chave “programas de intervenção” e “estresse ocupacional” em todas as dez combinações de busca, com base na variabilidade combinatória entre palavras-chave e ferramentas *booleanas*. Por fim, as palavras-chave foram traduzidas para o inglês, como estratégia de ampliação do alcance de publicações nacionais e internacionais.

## Estratégia de busca

A automatização da busca por publicações foi operacionalizada através da utilização do *software Publish or Perish* [Versão 8, Novembro de 2021], no qual foram selecionadas as plataformas de pesquisa *Crossref*, *Google Scholar* e *Pubmed*. Tendo em vista o caráter público de todos os dados utilizados, conforme Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde<sup>1</sup>, não foi necessário requerer autorização. Em síntese, as etapas de estratégia de busca consistiram em:

1) Criar subgrupos de busca específicos, cada um, formulado pela combinação entre cinco palavras-chave, utilizando-se como base as dez palavras-chave divididas em tipologias temáticas (Público-alvo, Patologias e Ações). Foram elas:

- Público-alvo: “policiais” e “bombeiros”;
- Patologias: “ansiedade”, “*burnout*”, “depressão”, “doenças físicas”, “estresse ocupacional”, “saúde mental” e “suicídio”;
- Ações: “programas de intervenção”.

2) Codificar os subgrupos utilizando operadores *booleanos* de pesquisa, destinados a otimizar o processo de localização, e a divisão das buscas em grupos temáticos, com base nos dois grandes públicos-alvo:

- Grupo A (Bombeiros): Subgrupos: *firefighter AND “intervention program” AND mental health AND (occupational stress) AND anxiety [ou depression; ou burnout; ou suicide; ou physical health] AND effectiveness AND evaluation;*
- Grupo B (Policiais): Subgrupos: *police AND “intervention program” AND mental health AND (occupational stress) AND anxiety [ou depression; ou burnout; ou*

<sup>1</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio de 2016.



*suicide; ou physical health] AND effectiveness AND evaluation.*

## Critérios de seleção

Os critérios de inclusão utilizados pela pesquisa consistiram em:

- a. Artigos destinados a exposição e análise de revisões (sistemáticas, meta-análises, “metas sínteses” ou revisões integrativas) de escopo;
- b. Artigos de revisão focados em programas de intervenção (ou na avaliação de programas de intervenção) em saúde de profissionais (policiais e bombeiros) da segurança pública, nacionais e internacionais;
- c. Artigos publicados no idioma inglês ou português nos últimos 5 anos (de 2017 a 2022).

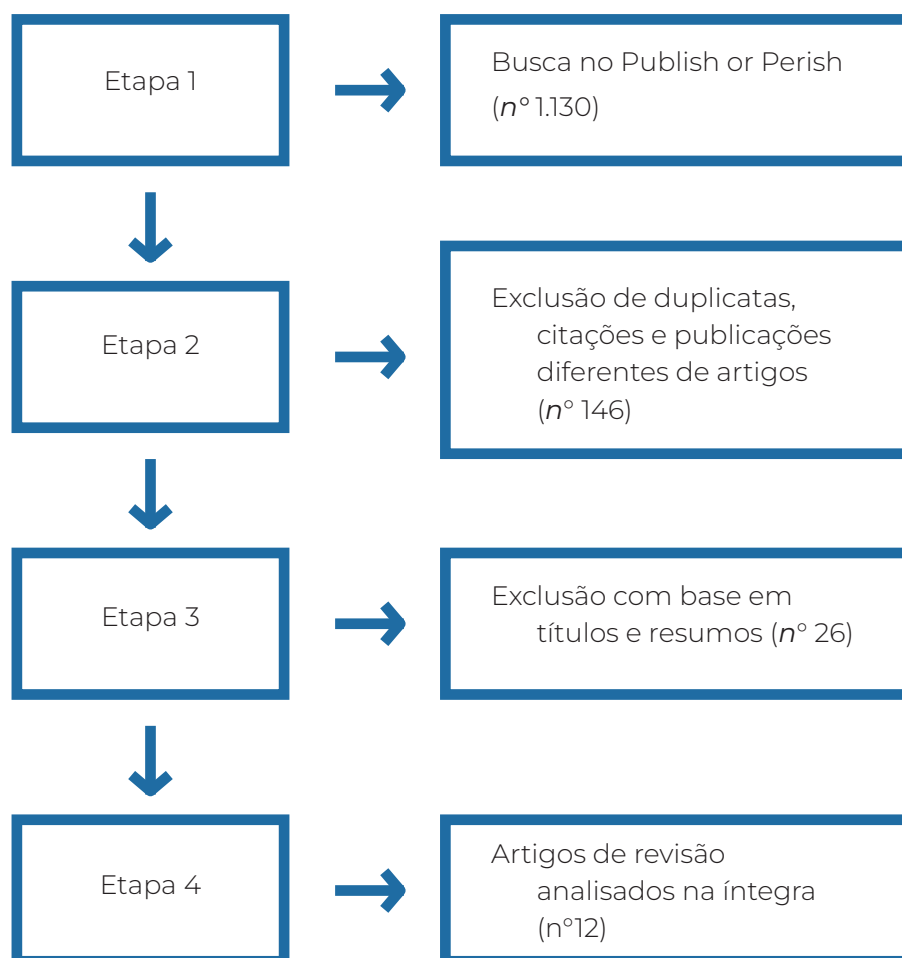
Em relação aos critérios de exclusão, foram adotadas as seguintes diretrizes:

- a. Publicações nos formatos tese, dissertação, livro ou Resumos/trabalhos publicados em anais de congressos;
- b. Publicações centradas em militares das Forças Armadas como público-alvo, ou em demais segmentos ocupacionais não listados nos critérios de inclusão;
- c. Publicações que estivessem escritas em outro idioma que não a língua inglesa ou portuguesa; ou
- d. Publicações destinadas à apresentação de variáveis empíricas cujos dados, gerais e específicos, não abordassem programas de intervenção destinados à saúde ou à qualidade de vida de profissionais (policiais e bombeiros) da segurança pública. Após a extração dos dados, disponibilizados pelo *software*

no formato de arquivo XML, padrão para Excel, as duplicatas foram excluídas.

## Procedimentos de análise

Foram encontrados 1.130 artigos. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 146 artigos para leitura do resumo, dos quais 12 foram lidos na íntegra e posteriormente classificados em revisões: sistemática (Clarke & Oxman, 2000), narrativa (Oborn et al., 2010) e de escopo (Arksey & O'Malley, 2005). Os procedimentos de classificação foram criteriosamente discutidos junto à equipe de pesquisadores especialistas na temática. O processo de triagem e elegibilidade dos estudos está representado na Figura 1.



**Figura 1**

*Processos de triagem e elegibilidade das revisões identificadas*

*Nota. Elaborada pelos autores.*

A primeira etapa representa a busca inicial dos artigos, que retornaram 1.130 documentos. Posteriormente, foram excluídos os duplicados, os que não se enquadram na categoria de artigos científicos, bem como as citações. Após esta fase, permaneceram 146 artigos. Na terceira etapa, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, como forma de identificar os temas de interesse da presente revisão. Do total de artigos, após exclusão, ficaram 26 artigos. A quarta e última etapa, revisou os 26 artigos na íntegra, resultando em 12 artigos que contemplavam o conjunto de parâmetros utilizados para a seleção dos manuscritos.

Em revisão da produção científica sobre os programas de manejo de estresse ocupacional, Murta (2005) estabeleceu um instrumento padronizado de análise de codificações. Esse modelo tem sido instrumento de pesquisa de estudos recentes, sintetizando campos específicos da literatura (Abreu et al., 2016). No entanto, aqui, utilizou-se uma adaptação do instrumento de análise de codificações para extrair as informações relevantes, expostas na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Definição de critérios utilizados na codificação das revisões*

*Nota. Elaborada pelos autores.*

Critério	Definição
Autor/ano	Autores e ano de publicação das revisões
Formato das revisões	Estratégia de investigação adotada responsável por definir o processo de busca, de análise e de exposição da base documental localizada ao longo da pesquisa
Banco de dados	Quais foram as plataformas de busca e/ou bases de dados voltadas à consulta e seleção de publicações científicas?
Critérios de inclusão	Critérios de inclusão utilizados para a seleção das publicações
Resultados das revisões	Quais resultados foram identificados pelas revisões?
Nome e objetivo da intervenção	Como foi nomeada a intervenção? Quais desfechos esta intervenção pretende mudar? (ex.: favorecer atividade física ou reduzir tabagismo; favorecer conhecimento sobre manejo de finanças ou reduzir estigma relacionado ao adoecimento mental)
Principais resultados	Resultados: quais resultados foram alcançados?  Estratégia de coleta de dados e tipo de variável dependente avaliada, como crenças sexistas, conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, habilidades de manejo de raiva etc

## Resultados

A apresentação das informações coletadas nos estudos revisionais foram sistematizadas em seções. Primeiro, foram elencados os objetivos das revisões, de modo a entender qual a direção das intervenções revisadas. Segundo os estudos foram categorizados de acordo com o conteúdo das intervenções. Terceiro, as revisões foram classificadas conforme o tipo de abordagem da intervenção estudada. Por fim, os estudos revisionais foram agrupados de acordo com o resultado alcançado pelas intervenções em análise.

### Análise dos Objetivos das revisões

Nas revisões nacionais e internacionais, objeto desta análise, foram identificados três tipos de objetivos para os trabalhos, segundo o grau de abrangência adotada pelas abordagens. Foram elas: (1) *objetivos gerais*; (2) *objetivos revisionais direcionados a intervenções com atividades físicas*; e (3) *objetivos revisionais direcionados a intervenções em saúde mental*.

#### *Objetivos Gerais*

Dentre as publicações cujas abordagens remetem a objetivos gerais, destacam-se as revisões literárias de práticas baseadas em evidências para a utilização de plataformas de força para profissionais de segurança pública (Merrigan et al., 2021); revisões que identificam lacunas e sugestões de agendas de pesquisa para o aperfeiçoamento de programas de saúde e proteção laboral de profissionais da segurança pública (Bhojani et al., 2018); e o exame de intervenções de promoção da saúde para o estabelecimento de desenhos de programas, assim como



para a previsibilidade de seus possíveis impactos (MacMillan et al., 2017).

### *Objetivos Revisoriais Direcionados a Atividades Físicas*

Sobre os objetivos revisoriais direcionados a atividades físicas, destacam-se a implementação de testes para perfis de desempenho e adaptações de treinamento (Merrigan et al., 2021); estudos randomizados sobre o impacto das intervenções no local de trabalho para a promoção de alimentação mais saudável e/ou atividade física entre pessoas que trabalham 24 horas por dia (Lassen et al., 2018); a classificação e descrição de intervenções para a promoção de atividade física no local de trabalho (Jirathananuwat & Pongpiru, 2017); definir funcionalmente o *High-intensity functional training* (HIFT) e revisar a literatura disponível sobre os seus benefícios metabólicos, cardiorrespiratórios e de condicionamento físico (Feito et al., 2018).

### *Objetivos Revisoriais Direcionados a Intervenções em Saúde Mental*

Já nos objetivos revisoriais direcionados a intervenções em saúde mental, destacam-se as revisões literárias de intervenções em saúde no local de trabalho (Edgelow et al., 2021); revisões que identificam as razões pelas quais alguns profissionais não buscam tratamento em saúde mental (Velazquez & Hernandez, 2019); revisões que examinam os fatores que contribuem para a complexidade da exposição ao trauma entre policiais, com o intuito de descrever a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) como um tratamento baseado em evidências, além de ilustrar as formas de adaptação de tratamentos para o atendimento das necessidades dos profissionais

(Collazo, 2020); a identificação dos benefícios do *mindfulness* (ou atenção plena) (Chopko et al., 2018); o exame de pesquisas sobre o Tratamento do Estresse Pós-Traumático (TEPT) em policiais visando o delineamento de recursos (Klimley et al., 2018); e como incorporar o gerenciamento do estresse como um componente dos programas de bem-estar em contextos laborais de segurança pública (Richardson, 2017).

Encontra-se anexo uma tabela que sistematiza o tipo de revisão (se sistemática, narrativa ou de escopo) de cada trabalho, a base bibliográfica utilizada, os critérios de inclusão e os resultados alcançados em cada revisão.

## Conteúdo das intervenções

Para analisar o conteúdo das intervenções de saúde destinadas aos agentes de segurança pública, elas foram agrupadas em cinco categorias. A primeira delas é *treinamento físico funcional*, que reúne as intervenções voltadas ao treinamento físico de agentes, gerando mais desempenho, qualidade de vida e redução nos níveis de estresse dos agentes. A segunda categoria refere-se ao *manejo de estresse ou terapia cognitiva*, que consiste nas intervenções destinadas ao diagnóstico e tratamento de TEPT e quadros depressivos utilizando como referência a terapia cognitivo comportamental. A terceira categoria versa sobre *treinos de resiliência*, que compreende nas intervenções voltadas ao treinamento de resistência ao estresse. Na quarta categoria, *adequação/reeducação alimentar*, foram agrupadas aquelas voltadas às práticas alimentares que visam a melhora na saúde dos agentes. Por fim, foi criada a categoria *suporte entre pares*, que consiste nas intervenções que tenham como objetivo desenvolver o sentimento de cuidado e coletividade dos profissionais de segurança pública.

## *Treinamento Físico Funcional*

Acerca do conteúdo de intervenções baseadas em treinamento físico funcional, as revisões selecionadas consistiram em programas de dança aeróbica, treinamento de força, relaxamento muscular, caminhada, treinamento de resistência, gerenciamento de tempo e ciclismo, desenvolvimento de capacidades de se envolver com exercícios físicos, descrita em termos de definição de metas e automonitoramento/autogestão (Jirathananuwat & Pongpiru, 2017); programas de exercícios físicos para a prevenção de doenças cardiovasculares e de morte cardíaca súbita (Bhojani et al., 2018); movimentos multimodais focados na força, energia, velocidade e agilidade; programas de treinos funcionais três vezes por semana (Feito et al., 2018); programas de exercícios focados no condicionamento físico, aeróbicos e anaeróbicos em função de eventos estressantes; competição de perda de peso em equipe; módulo de treinamento de condicionamento físico sobre fatores de risco cardiovasculares e exercícios específicos para a composição corporal e aptidão cardiovascular (MacMillan et al., 2017); e examinar o uso de uma plataforma para medir performance e estratégias de movimento para caracterizar e monitorar o condicionamento físico (Merrigan et al, 2022).

## *Manejo de Estresse e Terapia Cognitiva*

Intervenções concentradas no manejo de estresse e na terapia cognitiva buscaram analisar impactos do *yoga* no estresse e no desenvolvimento da atenção plena (MacMillan et al., 2017); tratamentos utilizando a exposição gradual de lembretes de trauma, simultaneamente à construção de mecanismos e habilidades para o gerenciamento dos seus sintomas (Collazo, 2020); programas de aconselhamento clínico desenvolvidos para abor-

dar problemas comportamentais no ambiente de trabalho, roteiro de entrevistas estruturadas permitindo aos participantes compartilharem experiências traumáticas entre colegas (em contraposição a busca por serviços externos especializados); desenvolvimento de autogestão do sofrimento agudo relacionado ao TEPT e à busca pela redução do estigma projetado em tratamentos psicossociais (Velazquez & Hernandez, 2019).

Ainda nessa modalidade, os autores analisaram intervenções com base em aplicativo de *internet* desenvolvido para a realização de triagem de sintomas relacionados a situações traumáticas; programas de gerenciamento de estresse em incidente crítico como estratégia destinada a mitigar o sofrimento psicológico agudo associado a incidentes traumáticos (MacMillan et al., 2017); e intervenções utilizando conhecimentos e informações através da educação/informação em saúde, palestras, prestação direta de informações, demonstrações de comportamento e visitas profissionais de *coach* (Jirathananuwat & Pongpiru, 2017). Por fim, Klimley et al. (2018) relataram intervenções envolvendo educação sobre habilidades de lidar com o estresse; normalização e validação de reações ao estresse; promoção de processamento emocional de eventos traumáticos e informações para serem usadas como referências se necessário.

### *Treino de Resiliência*

Sobre as intervenções envolvendo treino de resiliência, há um destaque para programas de gerenciamento de estresse focados no desenvolvimento de resiliência e treinamento em grupo (Edgelow et al., 2021); e treinamento *mindfulness* de resiliência com duração de oito semanas (Chopko et al., 2018).

## *Adequação/Reeducação Alimentar*

Dentre as intervenções focadas na adequação/reeducação alimentar, foram identificadas ações de mudança na oferta de refeição, via inclusão de porções de frutas e vegetais, buscando a redução de riscos de infecções comuns, o aumento da atividade física, a redução de gordura e o melhoramento do balanço energético (Lassen et al., 2018); comparar efeitos entre dietas com dois suplementos protéicos distintos, junto ao treinamento de resistência, comparar efeitos de um programa de saúde, que conjuga nutrição, condicionamento físico e aeróbico em relação a outros programas de educação nutricional (MacMillan et al., 2017).

## *Suporte entre Pares*

Intervenções com base no suporte entre pares contaram com programas visando o fornecimento de apoio social e emocional direcionados à sensação de angústia por motivos pessoais e profissionais, dificuldades psicológicas no ambiente de trabalho e à normalização de experiências traumáticas recorrentes no contexto laboral de profissionais da segurança pública; programas de prevenção e tratamento do TEPT; treinamentos de agilidade mental (MacMillan et al., 2017); programas de suporte entre pares com fornecimento de informações e apoio à saúde mental; formação de equipes de apoio em programa de treinamento voluntário de suporte entre pares, visando o fornecimento de oportunidades de ajuda mútua em tempos de crise pessoal e profissional e da minimização de problemas graves ou devido à perda de um par (MacMillan et al., 2017); o desenvolvimento de práticas didáticas de identificação de colegas passando por dificuldades e as formas de conectá-los com cuidados à saúde (Richardson, 2017).

## Técnicas e instrumentos utilizados

Acerca das técnicas e instrumentos mencionados ao longo das 12 revisões selecionadas, foi possível agrupá-las conforme: *Abordagens de entrega de informações e de reforço de práticas; Abordagens mediadas por instrumentos avaliativos e tecnológicos; e Abordagens de motivação com base no suporte entre pares.*

### *Entrega de Informações e de Reforço de Práticas*

As intervenções centradas na entrega de informações e de reforço de práticas consistiram na distribuição de materiais de auto-ajuda, como livretos de recomendações, além de dispositivos de áudio, ambos tematizando o consumo de álcool, tabagismo, sintomas de estresse, exercícios físicos, ganho e perda de peso e percepções sobre o contexto organizacional em geral (MacMillan et al., 2017). Ainda nessa modalidade, foram identificadas intervenções com base em ações de aconselhamento e fornecimento de educação em saúde (Jirathananuwat & Pongpiru, 2017); exercícios olímpicos, agachamentos, supino e *pull-ups*, pliometria, movimentos focados na parte inferior do corpo, treino em circuito incluindo exercícios aeróbicos, de força e de treino funcional, de peso corporal e de resistência (Feito et al., 2018); reserva de período do expediente para treinamento físico durante cumprimento de plantão (Bhojani et al., 2018); e o oferecimento de produto lácteo fermentado contendo *lactobacillus* caseiros duas vezes ao dia, como suplemento do café da manhã e do jantar (Lassen et al., 2018).

## Mediadas por Instrumentos Avaliativos ou Tecnológicos

Dentre as intervenções mediadas por instrumentos avaliativos ou pela delegação tecnológica, destacam-se: a utilização de um aplicativo eletrônico que possui um *checklist* de identificação do TEPT com base no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) e na escala de depressão, de ansiedade e de estresse (Velazquez & Hernandez, 2019); utilização de Escala de Consciência de Atenção Plena (MAAS) (Chopko et al., 2018); programas de realização de exames físicos médicos anuais e a implementação de testes máximos de tolerância em exercícios com foco na avaliação cardiovascular e na avaliação de potência aeróbia máxima (Bhojani et al., 2018); adaptação da *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT), elaborado originalmente para crianças entrarem em contato, gradualmente, com lembretes do trauma e criarem habilidades para manejar sintomas (Collazo, 2020); e a utilização de um programa que sumariza dados de medição do melhoramento do condicionamento físico (Merrigan et al., 2021)

## Motivação com Base no Suporte entre Pares

As abordagens de motivação com base no suporte entre pares envolveram intervenções como o encorajamento de participantes a verificarem uns aos outros de acordo com objetivos semanais (comparando peso, massa de gordura, massa muscular, desempenho em teste de condicionamento físico muscular e aeróbico) a fim de compartilharem dicas, recomendações aeróbicas (como aquecimento, corrida de rua) e anaeróbicas (como aquecimento e treino de peso), ambas as sessões estruturadas em grupo (MacMillan et al., 2017); intervenções com base em treinos de atividade física entre pares (Bhojani et al., 2018);



escalação de policiais voluntários para reconhecerem sintomas de TEPT, do uso de substâncias e de dificuldades relacionais, visando também auxiliar profissionais aposentados a se reconectarem à comunidade policial, assim como programas focados em autocuidado, bem-estar emocional e resiliência para o combate ao estresse, para fins de compreensão da natureza e das dificuldades associadas ao ambiente laboral da segurança pública (Klimley et al., 2018); treinamentos que ensinam bombeiros a identificarem colegas em estresse e encaminharem aos serviços de saúde (Richardson, 2017); assim como treinamentos em grupo para promoção de saúde em organizações públicas (Edgelow et al., 2021).

## Resultados das intervenções

Nesta seção, os resultados das intervenções foram agrupados nas seguintes categorias: *Treinamento físico funcional; Manejo de estresse ou Terapia cognitiva; Treinos de resiliência; Adequação/reeducação alimentar; e Suporte entre pares.*

### *Treinamento Físico Funcional*

Acerca dos resultados das intervenções focadas em treinamento físico funcional, Jirathananuwat e Pongpiru (2017) indicaram que programas de treinamento físico consistiram na estratégia de implementação mais comum utilizada em intervenções no local de trabalho, tendo como formato predominante, especificamente, a formação de grupos. No levantamento da literatura, MacMillan et al. (2017) encontrou que intervenções que empregam exercícios aeróbicos e anaeróbicos são eficazes na redução do estresse e na melhora da saúde e da qualidade de vida, por aplicarem menor tempo de corrida cronometrada, gerando a

redução da frequência cardíaca. De forma mais específica, Feito et al. (2018) levantou revisões sobre a aplicação de treinamentos funcionais diferenciais aplicados a agentes de segurança pública, em específico o *circuit-style* HIFT (MEF). Na comparação entre treinamentos tradicionais com o HIFT, os achados dos autores apontam que, de acordo com a literatura, há um aumento significativo dos recordes e metas estabelecidas pelos exercícios realizados pelo grupo experimental (*circuit-style* HIFT (MEF)), em comparação ao grupo tradicional (Feito et al., 2018).

### *Manejo de Estresse ou Terapia Cognitiva*

Em intervenções focadas no manejo de estresse ou baseadas em terapia cognitiva, os Programas de Gerenciamento do Estresse em Incidentes Críticos (CISM) reportaram a redução de sintomas de depressão, de raiva e de sintomas de TEPT. Outros resultados concluíram que apenas uma sessão somente não é capaz de prevenir TEPT e nem de reduzir o estresse psicológico, podendo, em alguns casos, potencializar sintomas (Klimley et al., 2018). Além disso, foi indicado que o aumento no número de sessões focadas em traumas está associado à diminuição da gravidade dos sintomas de TEPT, concluindo que a Terapia Cognitiva Comportamental Focada em Trauma (TF-CBT) pode ser um tratamento eficaz para traumas complexos e TEPT em policiais (Collazo, 2020).

O levantamento de Velazquez e Hernandez (2019) aponta que o aplicativo SAM (*Smart assessment on your mobile*), criado para auxiliar na triagem de sintomas de trauma, é eficaz na identificação de TEPT e depressão em policiais. De acordo com a revisão, a literatura valida a confiabilidade do aplicativo, que, conseqüentemente, leva ao aumento da procura por entrevistas

diagnósticas pelos usuários. Por fim, Merrigan et al. (2021) avaliaram positivamente a utilização da plataforma de força como medida de desempenho neuromuscular, embora avisem sobre a necessidade de manejar a ferramenta de modo adequado para a garantia de dados confiáveis.

### *Treinos de Resiliência*

Nas intervenções conduzidas com base em treinos de resiliência, no programa denominado Treino *Mindfulness* de Resiliência (MBRT), conforme descrito em Chopko et al. (2018), foram identificadas reduções dos sintomas de distúrbios do sono, de *burnout*, da fadiga, dos problemas de regulação emocional, da raiva, do estresse organizacional e operacional em policiais e do estresse geral. Destaque para a constatação de que policiais com melhor aceitação da modalidade *mindfulness* mostraram menores níveis de TEPT. Já na intervenção denominada Programa de Enfrentamento e Bem-Estar (*Coping Skills and Wellness Program*), descrita por Klimley et al (2018), houve melhoria geral nas estratégias de enfrentamento mediante evitação (como, por exemplo, remover-se fisicamente de uma ameaça percebida, filtrar ou ignorar informações), levando, assim, à minimização do estresse.

## *Adequação/ Reeducação Alimentar*

Nas intervenções visando a adequação/reeducação alimentar, os resultados obtidos com programas objetivando a mudança na oferta de refeição não constataram diferenças significativas na qualidade de vida entre o grupo controle (placebo) e o grupo de intervenção. No entanto, foi notado um efeito positivo, a partir da oferta de produtos lácteos fermentados, entre os dias típicos de incidência e de acúmulo de febre entre os profissionais, em comparação com o grupo controle (Lassen et al., 2018). Efeitos positivos também foram identificados no programa denominado “Promovendo Estilos de Vida Saudáveis: Efeitos dos Modelos Alternativos” (PHLAME). Nesse caso, houve aumento da ingestão de frutas e legumes, ao passo em que fatores mediadores para a melhoria na ingestão de frutas e vegetais incluíram um maior conhecimento dos benefícios da ingestão desses alimentos (Lassen et al., 2018). Ainda nesse programa, Lassen et al. (2018) constataram que o número de abdominais aumentou após a intervenção. Com base em quatro anos de observação, os autores concluíram que os efeitos de um ano de programa não permaneceram ao longo do tempo, em comparação com o grupo controle. Entretanto, o padrão de comportamento a longo prazo em ambos os grupos (de intervenção e de controle) sugeriu que os locais de trabalho, como um todo, continuaram a implementar as medidas do estudo PHLAME (mudanças alimentares e hábitos e atividades físicas) pelos anos seguintes. Também observaram menor ganho de peso no grupo de intervenção do que no grupo controle (melhora no equilíbrio energético) e impacto significativo na redução dos pedidos de indenização e nos custos médicos.

## *Suporte entre Pares*

Por fim, entre os resultados identificados nas intervenções com base no suporte entre pares, não foram localizados relatos consensuais publicados sobre a eficácia dos programas – CISM, EAP e *Coping Skills and Wellness Program* – na redução de comorbidades psiquiátricas em profissionais da segurança pública (Klimley et al., 2018). Em outros registros revisionais, segundo programa de promoção da saúde liderado por pares e baseado em equipes, a motivação para a mudança foi identificada pelos participantes como “externa ao trabalho”. Poucas mudanças pessoais ou culturais ajudaram na manutenção de comportamentos saudáveis. Ainda, prioridades concorrentes e mudanças nas circunstâncias de execução do programa dificultaram a adesão a longo prazo (MacMillan et al., 2017). Por sua vez, resultados indicaram que o programa de treinamento que ensina bombeiros a identificarem colegas em estresse relatou efeito positivo no aumento das intervenções realizadas em um acompanhamento de três meses, conforme descreve Richardson (2017).

Já no denominado Programa de Assistência a Funcionários (EAP), foram identificadas preocupações com relação aos programas sediados em agências de polícia, diante da demanda pela confidencialidade das informações, ao passo em que

terapeutas relataram o enfrentamento de conflitos de interesse como, por exemplo, a exigência por reportar casos diagnosticados à administração policial. Nesses casos, pacientes conceberam negativamente o programa como uma outra forma de disciplinar comportamentos no contexto laboral (Klimley et al., 2018).

Segundo Velazquez e Hernandez (2019), através do Programa EAP, o apoio social recebido no local de trabalho permitiu que os mesmos procurassem ajuda ou considerassem obter ajuda adicional de outros profissionais. Já as intervenções utilizando a aplicação do Relatório de Estresse de Incidentes Críticos (CISD) tiveram pouco impacto na saúde mental e no bem-estar, haja vista a identificação empírica de que policiais não relatam com total transparência incidentes traumáticos vivenciados. Ainda, em relação a programas buscando prevenir doenças cardiovasculares e morte cardíaca súbita, melhorias estatisticamente e clinicamente significativas foram constatadas entre participantes acerca da frequência de exercícios, no tabagismo e no controle do peso, via programa denominado Iniciativa Conjunta de Bem-Estar do Trabalho (WFI) (Bhojani et al., 2018). No anexo deste capítulo, apresenta-se uma tabela que elenca e resume os objetivos e resultados alcançados pelos programas de intervenção em saúde observados nas revisões incluídas no presente estudo.

## Discussão

Nos estudos revisionais sobre intervenções de promoção da saúde destinadas a policiais e bombeiros, há duas preocupações principais: cuidado com a saúde mental, principalmente por meio do manejo do estresse; e a promoção de qualidade de vida e prevenção de doenças, através da mudança de comportamentos de saúde. Isso aponta que o bem-estar dos agentes de segurança pública não se limita a questões de condicionamento físico, mas também inclui a prevenção de comorbidades relacionadas à saúde mental, que afetam diretamente a qualidade de vida dessa população. Nesse sentido, os estudos revisionais apontam algumas diretrizes que podem ser aproveitadas tanto por estudiosos, quanto por gestores. Em relação ao treinamento físico e à reeducação alimentar, a adoção de hábitos saudáveis é beneficiada pelo suporte estrutural e dos pares (MacMillan et al., 2017), salientando que um dos grandes desafios na adoção de novos hábitos é a sua manutenção no tempo. Logo, não basta promover a repetição de comportamentos, também é necessário que o novo padrão esteja consolidado na rotina do indivíduo. Isto é, a incorporação desses hábitos no ambiente de trabalho e o aconselhamento contínuo de profissionais especializados é fundamental para o seu sucesso ao longo do tempo (Jirathananuwat & Pongpiru, 2017). Especificamente quanto à população policial, é imprescindível considerar as particularidades da rotina desses indivíduos, que trabalham em horários estendidos e lidam diariamente com estresse extenuante. Os estudos indicam um impacto

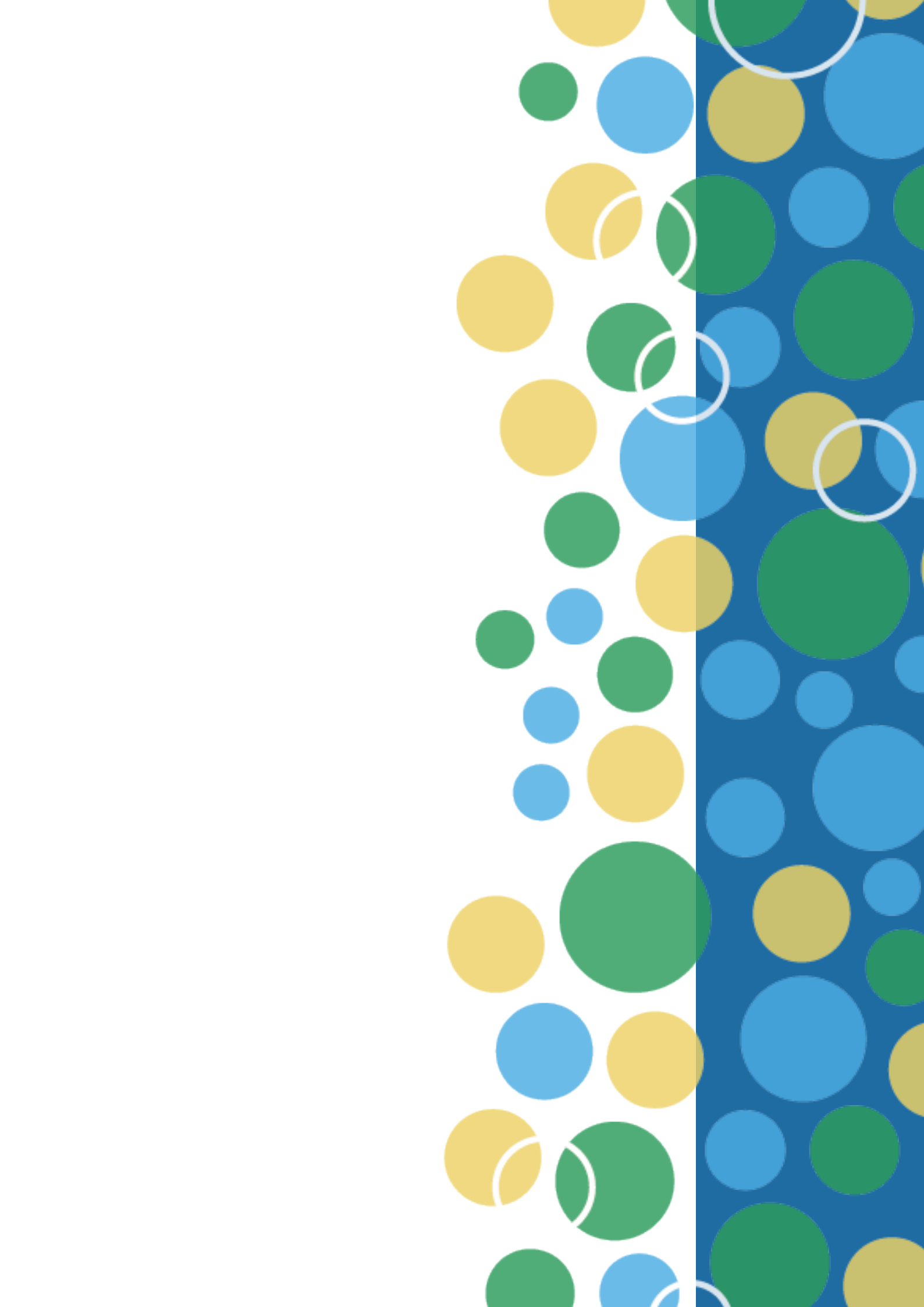
importante desse fator na adoção de hábitos saudáveis (Lassen et al., 2018). O sucesso dessas medidas incide diretamente na diminuição do adoecimento (Bhojani et al., 2018).

Em relação à saúde mental, os trabalhos revisionais apontam um desafio no tratamento dessa questão com policiais e bombeiros: os estudos mostram que policiais são avessos a programas de assistência à saúde mental, pois acreditam que esse tipo de intervenção pode funcionar como ação disciplinar, justificado por não acreditarem no respeito ao sigilo das suas necessidades (Klimley et al., 2018). Uma solução trazida por Velazquez e Hernandez (2019) foi o uso de aplicativo específico de consulta e informação, que pode ajudar os indivíduos a se sentirem mais à vontade para decidir procurar ajuda adicional. Outra ação que pode ser eficaz é o treinamento de forças policiais para identificarem situações de perigo entre os pares, visando o aconselhamento na procura por auxílio externo (Richardson, 2017). Ou seja, os indivíduos não se sentem confortáveis em tratar de questões de saúde mental no contexto da polícia, o que também é discutido por Rodríguez (2021). Apesar disso, os estudos revisionais encontraram que intervenções preventivas são eficazes no combate à TEPT, estresse e ansiedade. Isto é, são eficazes as intervenções que auxiliam os indivíduos a perceberem e a agirem diante de ambientes adversos, de modo a diminuir o confronto e o estresse gerado pela situação de risco (Chopko et al., 2018; Klimley et al., 2018).



## Diretrizes para intervenções de boas práticas em saúde para profissionais da segurança pública

- Intervenções continuadas e personalizadas de aconselhamento de promoção de estilo de vida saudável:
  - Atendimento individual;
  - Atenção à rotina de trabalho em horários estendidos.
- Intervenções continuadas na corporação de apoio a hábitos de vida mais saudáveis, como atividades físicas e reeducação alimentar.
- Evitar programas de assistência à saúde mental do agente que tenham um interlocutor direto. Esse tipo de ação tende a funcionar de forma indireta:
  - Treinamento dos agentes para identificar situação de risco nos colegas para, a partir disso, aconselhar a procurar ajuda externa.
- Intervenções de prevenção ao estresse e ansiedade:
  - Intervenção que auxilia o indivíduo a perceber e agir diante de ambientes adversos.



## Referências

- Abreu, S., & Murta, S. G. (2016). O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática. *Interação Psicol*, 20(1). <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v20i1.34790>
- Agrawal, M., & Singh, R. (2020). Factor Associated with Police Depression: A Systematic Review. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 15(1), 35-50. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3819100>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- Bhojani, F.A., Castillejo-Picco, L.A., Cathcart, D., Emmett, E.A., Frangos, S., Glencross, P.M., Herman, C.J., O'Shea, K., Rountree, P. & Turner, D.E. (2018). Fitness-for-Duty Assessments of Industrial Firefighters: Guidance for Occupational Medicine Physicians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(2), 82-89.
- Carlson-Johnson, O., Grant H. & Lavery, C.F. (2020). Caring for the Guardians-Exploring Needed Directions and Best Practices for Police Resilience Practice and Research. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01874>
- Chopko, B. A., Papazoglou, K., & Schwartz, R. C. (2018). Mindfulness-Based Psychotherapy Approaches for First Responders: From Research to Clinical Practice. *Am J Psychother*, 71(2), 55-64. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180015>
- Clarke M, Oxman AD (Orgs.) (2020). Cochrane Reviewers' Handbook 4.1 . In: *Review Manager (RevMan)* [Computer program]. Version 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration.

- Collazo, J. (2020). Adapting Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy to Treat Complex Trauma in Police Officers. *Clinical Social Work Journal* 50, 160–169. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00770-z>
- Di Nota, P. M., Andersen, J. P., Huhta, J., & Gustafsberg, H. (2021). Evidence-Based Instruction of Police Use of Force: Practical Methods and Pedagogical Principles. In E. Arble, & B. Arnetz (Ed.), *Interventions, Training, and Technologies for Improved Police Well-Being and Performance* (pp. 72-101). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-6820-0.ch005>
- Edgelow, M., Scholefield, E., McPherson, M., Mehta, S., & Ortlieb, A. (2021). A review of workplace mental health interventions and their implementation in public safety organizations. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95, 645–664. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01772-1>
- Feito, Y., Heinrich, K., Butcher, S., & Poston, W. (2018). *High-Intensity Functional Training (HIFT): Definition and Research Implications for Improved Fitness*. *Sports*, 6(3), 76. <https://doi.org/10.3390/sports6030076>
- Franco, F. M. (2018). Fatores de risco, fatores protetivos e prevenção do suicídio entre policiais e outros agentes da lei: perspectiva internacional. *Rev. Psicologia: Saúde Mental e Seg. Pública*, 7, 97-114.
- Jirathananuwat, A., & Pongpiru, K.(2017). Promoting physical activity in the workplace: A systematic meta-review. *Journal of Occupational Health*, 59(5), 385-393. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0245-RA>
- Klimley, K. E., Van Hasselt, V. B., & Stripling, A. M. (2018). Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. *Aggression and Violent Behavior*, 43, 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.08.005>

- Lassen, A. D., Fagt, S., Lennernäs, M., Nyberg, M., Haapalar, I., Thorsen, A. V., Møbjerg, A. C. M., & Beck, A. M. (2018). The impact of worksite interventions promoting healthier food and/or physical activity habits among employees working 'around the clock' hours: A systematic review. *Food & nutrition research*, 62, Article 1115.
- MacMillan, F., Karamacoska, D., El Masri, A., McBride, K. A., Steiner, G. Z., Cook, A., Kolt, G. S., Klupp, N. & George, E. S. (2017). A systematic review of health promotion intervention studies in the police force: study characteristics, intervention design and impacts on health. *Occupational and environmental medicine*, 74(12), 913-923. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104430>
- Magnavita, N., Capitanelli, I., Garbarino, S., & Pira, E. (2018). Work-related stress as a cardiovascular risk factor in police officers: a systematic review of evidence. *Arch Occup Environ Health*, 91(4), 377-389. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1290-y>
- Marinho, M. T., Souza, M. B. C. A., Santos, M. M. A., Cruz, M. A. A., & Barroso, B. I. L. (2018). Fatores geradores de estresse em policiais militares: revisão sistemática. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social (REFACS)*, 6(2), 528-668. <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.3132>
- Merrigan, J. J., Stone, J. D., Martin, J. R., Hornsby, W. G., Galster, S. M., & Hagen, J. A. (2021). Applying force plate technology to inform human performance programming in tactical populations. *Applied Sciences*, 11(14), 6538. <https://doi.org/10.3390/app11146538>
- Murta, S. G., Laros, J. A., & Tróccoli, B. T. (2005). Manejo de estresse ocupacional na perspectiva da área de avaliação de programas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10, 167-176. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200002>

- Oborn E, Barrett M, Racko G. (2010). *Knowledge translation in healthcare: a review of the literature*. Cambridge Judge Business School.
- Richardson, K. M. (2017). Managing employee stress and wellness in the new millennium. *Journal of Occupational Health Psychology, 22*(3), 423–428. <https://doi.org/10.1037/ocp0000066>
- Rodríguez, J. A. S. (2021). *Evaluación y análisis de la eficacia de un programa de intervención en estrés policial*. Dykinson, S.L.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clin Psychol Rev., 44*, 25-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>
- Wagner, S. L., White, N., Fyfe, T., Matthews, L. R., Randall, C., Regehr, C., White, M., Alden, L. E., Buys, N., Carey, M. G., Corneil, W., Fraess-Phillips, A., Krutop, A., & Fleischmann, M. H. (2020). Systematic review of posttraumatic stress disorder in police officers following routine work-related critical incident exposure. *American Journal of Industrial Medicine, 63*(7), 600-615. <https://doi.org/10.1002/ajim.23120>
- Velazquez, E. & Hernandez, M. (2019), Effects of police officer exposure to traumatic experiences and recognizing the stigma associated with police officer mental health: A state-of-the-art review. *Policing: An International Journal, 42*(4). 711-724. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-09-2018-0147>

# Anexo

**Tabela A**

*Características (metadados) das revisões sobre programas de intervenção em saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Autor/ano	Formato	Banco de dados
Jirathananuwat e Pongpiru (2017)	Sistemática	PubMed, Web of Science, e Science Direct data bases
Richardson (2017)	Narrativa	Não específica
MacMillan et al. (2017)	Sistemática	Embase (OVID); MEDLINE (EBSCO); CINAHL (EBSCO); and (CENTRAL)
Klimley et al. (2018)	Sistemática	Google Scholar e PsycInfo

Artigos de revisão sistemática ou meta-análise incluindo ensaios de controle randomizado, estudos quase experimentais ou observacionais; publicados em inglês; e artigos sobre Atividade Física (AF).

Recursos e instrumentos, como material impresso e o pedômetro/acelerômetro foram os mais comuns na promoção de atividades físicas; o uso de instrumentos baseados na internet no local de trabalho é eficaz; as intervenções de incentivo como campanha/concorrência, prêmios, dinheiro/incentivo financeiro e recompensas apontaram que as recompensas ofereceram o maior incentivo, enquanto prêmios e incentivos financeiros/monetários foram os menos úteis para promover a atividade física; os resultados mostraram que o apoio familiar foi o mais útil nesse grupo; nas intervenções que utilizaram o desenvolvimento ambiental, como o uso de cartões postais em locais com alto tráfego de funcionários, uma revisão de boa qualidade recomenda que a modificação ambiental poderia evitar ganho de peso

Metanálises sobre intervenções de gerenciamento de estresse ocupacional e programas de bem-estar organizacional publicados entre 2008 a 2016.

Os indivíduos que participaram do programa de treinamento relataram um aumento significativo das intervenções e da eficácia da intervenção do pré-teste para o seguimento de 3 meses em comparação ao grupo controle.

População (policiais); Intervenção (promoção da saúde); Comparação (mudanças nos resultados ao longo do tempo); Resultados (Qualquer medida do comportamento do estilo de vida relacionado à saúde); Desenho do Estudo (Projeto de medidas pré-pós ou repetidas de duração crônica,  $\geq 2$  semanas).

Intervenções direcionadas podem resultar em efeitos positivos, embora pequenos, na dieta, na qualidade do sono, no estresse e uso de tabaco, além de apontarem grandes efeitos sobre a pressão arterial. O suporte de pares e a incorporação do suporte à mudança de comportamento em combinação com o suporte estruturado parecem mais impactantes. Sugerem-se mais estudos necessários para avaliar melhor as características da intervenção que são sustentáveis e resultam em impactos de longo prazo

Amostras focadas em grupos de primeiros socorros (ou seja, policiais, bombeiros ou despachantes) tematizando medidas validadas de TEPT.

Os sintomas de TEPT diferem a depender da população, sendo os bombeiros os mais prevalentes (17-22%). Os sintomas se combinam com problemas de saúde física e mental, além de altos níveis de hostilidade e raiva. Destacada a necessidade de desenvolvimento de mais estudos que avaliem os fatores de risco para cada população.



Autor/ano	Formato	Banco de dados	Critérios de inclusão
Lassen et al. (2018)	Sistemática	PubMed, CINAHL e Google Acadêmico	<p>População (Pessoas trabalhando em horários irregulares, ou seja, 24 horas por dia);  Intervenção (Ambiente de trabalho saudável);  Comparação (Cuidados habituais); Resultados (Hábitos alimentares e de atividade física, qualidade de vida, ritmo circadiano do sono, desempenho cognitivo, estresse psicológico, medidas sanguíneas, composição corporal, força muscular, influência no desempenho no trabalho, eventos adversos, desistências);</p> <p>Desenho do estudo (Ensaio controlado randomizado, ensaio controlado randomizado em cluster e estudos cruzados randomizados);</p>
Chopko et al. (2018)	Narrativa	Academic Search Complete, Criminal Justice Abstracts, Criminal Justice Periodicals, Citation Indexes, Cochrane Library, Dissertation & Theses Full Text, JSTOR, MEDLINE Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, Social Sciences Citation Index, and SocINDEX	Não específica
Merrigan et al. (2021)	Narrativa	Não específica	Não específica

Destaca a necessidade de desenvolver mais evidência de efetividade para as intervenções que buscam promover saúde alimentar e atividade física para a população que trabalha em horário estendido.

Todos os artigos encontraram resultados positivos do treino de mindfulness na população de policiais. De acordo com a literatura, é eficaz para a prevenção de transtorno do estresse pós-traumático.

Fornecer exemplos gerais de métricas importantes para monitorar e recomendações de treinamento com base nas alterações dessas métricas de força-tempo, seguidas de exemplos específicos em três estudos de caso.

Autor/ano	Formato	Banco de dados
Feito et al. (2018)	Narrativa	Não especifica
Bhojani et al. (2019)	Narrativa	Medline, PubMed e PubMed Central, e National Library of Medicine
Velazquez e Hernandez (2019)	Sistemática	EBSCO Host, Criminal Justice Abstracts, Proquest Criminal Justice Database, JSTOR, APA PsycNET and Sage Premier Collection. Specifically
Collazo (2020)	Sistemática	Não especifica
Edgelow et al. (2021)	Escopo	MEDLINE e PsycInfo

Não específica	O HIFT é um treino derivado do HIIT que têm demonstrado melhores resultados por incorporar movimentos funcionais do corpo que são facilmente reproduzidos, com pouca necessidade de uso de equipamentos.
Não específica	Melhorias estatisticamente e clinicamente significativas entre os participantes de programas de bem-estar na frequência de exercícios, no tabagismo e no controle do peso.
Foco primário na saúde física; Público-alvo: Policiais e Pesquisa realizada nos EUA	A validade e a confiabilidade do aplicativo SAM atraem os indivíduos que o acessam e determina a necessidade de ajuda adicional, convenientes na medida em que usuários não divulgam seus sintomas diretamente a uma pessoa. Ter aplicativos que detectam TEPT e sintomas depressivos pode ajudar os indivíduos a se sentirem mais à vontade para decidir procurar uma ajuda adicional
Não específica	Sugere-se que o aumento no número de sessões focadas em traumas estão associadas à diminuição da gravidade dos sintomas de TEPT. Extrapolando o sucesso das abordagens de TCC para veteranos militares e, de acordo com as diretrizes recomendadas para essa população semelhante, o TF-CBT poderia ser um tratamento eficaz para traumas complexos e TEPT em policiais.
População (Segurança Pública), Conceito (Implementação de estratégias em saúde mental) e Contexto (Organizações de Segurança Pública), Redigidos em Inglês, de Natureza Experimental, Quase- Experimental, Analítico e Descritivo Observacional e Estudos Qualitativos.	Há relatos sobre gerenciamento de estresse e intervenções de resiliência para policiais e bombeiros, porém sugere-se um foco em uma variedade maior de profissionais de segurança pública. Considera-se uma área em expansão e recomenda-se a avaliação contínua da qualidade das intervenções e estratégias de implementação.

**Tabela B**

Características dos programas de intervenção em saúde selecionados e analisados pelas revisões

Nota. Elaborada pelos autores.

Autor/ano	Nome e objetivo da intervenção
Jirathananuwat e Pongpiru (2017)	Não específica; Otimizar melhorias na atividade física em ambientes de trabalho;
Richardson (2017)	<i>Stress Management Interventions</i> (SMI`s); Ajudar bombeiros a identificarem colegas em perigo e conectá-los com cuidados à saúde;
Lassen et al. (2018)	1.Não específica; Comparar produto lácteo fermentado contendo <i>lactobacillus casei</i> versus placebo para beber (100g) 2 vezes ao dia; 2."PHLAME"; Aumentar a atividade física, porções de frutas e de vegetais, reduzir a gordura, melhorar o balanço energético versus informação (versão 6 meses, 1 ano e 7 anos).
Klimley et al. (2018)	1.CISM; Mitigar e prevenir o sofrimento associado ao trauma 2. <i>Employee assistance programs</i> (EAP); Serviços voltados a saúde mental; 3. <i>Coping skills and wellness program</i> ; Não específica;
Feito et al. (2018)	<i>High-Intensity Functional Training</i> (HIFT); Melhorar os parâmetros de aptidão física geral e desempenho.

1. Combinar aconselhamento personalizado com a promoção de um estilo de vida saudável pode ser uma estratégia promissora;
2. Uma revisão de “qualidade moderada” sugeriu que a definição de metas pode aumentar os ganhos de condicionamento físico;
3. Uma revisão de “qualidade moderada” concluiu que um programa de exercícios físicos impactou positivamente na redução de gordura corporal. Segundo os autores, uma revisão de “boa qualidade” sugeriu que os programas de exercícios físicos não influenciaram o efeito dos programas de promoção da saúde no local de trabalho;

Os resultados indicaram que os indivíduos que participaram do programa de treinamento relataram um aumento significativo das intervenções e da eficácia da intervenção do pré-teste para o seguimento de 3 meses em comparação com o grupo controle;

1. Sem mudanças no bem-estar geral, não constatou redução do estresse psicológico, significativa perda de peso na comparação entre grupo controle e intervenção, efeito positivo nos dias acumulados de febre, sem efeitos para dias acumulados de infecções;
2. Melhoria do bem-estar geral e redução do ganho de peso e nos custos com medicação para intervenção de 1 ano;

1. Resultados diversos. Alguns estudos reportam menos depressão, raiva e sintomas de TEPT. Outros concluem que uma sessão não previne TEPT ou reduz estresse psicológico, podendo em alguns casos aumentar os sintomas;
2. Policiais têm a tendência de perceber o EAP como uma outra forma de disciplinar. Preocupação com informação não sigilosa. Ausência de estudos em bombeiros;
3. Melhoria geral nas estratégias de enfrentamento de evitação e diminuição no estresse percebido entre os despachantes de emergência;

Programa de treinamento classificado como apropriado para forças táticas. Menor risco de lesão, comparado a outras metodologias.

MacMillan et al.  
(2017)

1. Não específica; Comparar dois programas de treinamento físico para condicionamento corporal;
2. Não específica; Comparar efeitos de dietas, com dois suplementos proteicos diferentes, mais treinamento de resistência ou dieta isolada na composição corporal;
3. Não específica; Comparar os resultados a longo prazo de um programa de promoção da saúde liderado por pares e baseado em equipes *versus* ausência de intervenção;
4. Não específica; Comparar o efeito de intervenções de exercícios aeróbicos e exercícios anaeróbicos em eventos estressantes;
6. Não específica; Comparar efeito de um programa de saúde, nutrição e condicionamento físico no condicionamento aeróbico e obesidade *versus* currículo padrão.
7. Não específica; Comparar mudanças psicológicas após orientação de nutrição e exercício físico *versus* ausência de um programa estruturado
8. Não específica; Comparar os carboidratos consumidos no jantar *versus* durante todo o dia na perda de peso;
9. Não específica; Avaliar o impacto da entrevista motivacional na aptidão física, lipídios no sangue e adesão a exercícios físicos;
10. Não específica; Avaliar o impacto do programa de educação nutricional (junto a um programa de bem-estar já existente) no peso e nos lipídios do sangue;
11. Não específica; Avaliar o impacto de um programa de exercícios físicos;
12. Não específica; Avaliar os impactos de um módulo de treinamento de saúde e condicionamento físico;
13. Não específica; Avaliar os impactos do *yoga* no estresse,

1. Aumento da distância e potência do salto vertical e maior tempo de *sprint* no grupo de treinamento de força e resistência *versus* grupo periodizado ao longo de 6 meses;
2. Redução da gordura foi maior nos grupos caseína e whey *versus* grupo dieta isolada; Aumento da massa magra foi maior nos grupos caseína e whey *versus* dieta isolada;
3. Aumento no consumo de frutas, de vegetais e na qualidade do sono. Redução no uso de tabaco e no estresse;
4. Redução no estresse, na duração da corrida cronometrada e na frequência cardíaca;
6. Aumento na gordura corporal, no VO<sub>2</sub>max, na resistência muscular e na flexibilidade;
7. Aumento no consumo de oxigênio, no autoconceito físico e nos auto escores pessoais;
8. Redução do peso, das concentrações de insulina, da resistência à insulina e no TNF- $\alpha$ . Aumento da saciedade e do colesterol “bom” (HDL);
9. Redução no PAS, no PAD, na porcentagem de gordura corporal, no colesterol total, no LDL, no VLDL e nos triglicerídeos. 88% dos entrevistados avaliaram o programa como altamente favorável. 100% dos participantes destacaram a importância do reconhecimento de seus valores no comprometimento com o programa. 100% dos participantes avaliaram positivamente seus treinadores de desempenho. 88% dos participantes da entrevista pretendiam manter a mudança de estilo de vida a longo prazo;
10. Redução no colesterol total, do peso nos 12 meses, da ingestão energética e de quilocalorias e da porcentagem de energia de gordura. Aumento de triglicerídeos em 12 meses e da porcentagem de energia de carboidratos em 5 anos;
11. Aumento na agilidade ao longo de 8 semanas e de 16 semanas, na velocidade de *sprint* ao longo de 16 semanas, na potência da parte superior e inferior do corpo durante 8 semanas, na potência da parte inferior do corpo em 12 semanas, na resistência do núcleo e da parte superior do corpo em 8 semanas e 16 semanas na resistência aeróbica por 16 semanas;
12. Redução no colesterol e no PAS. Aumento na aptidão aeróbica, na força muscular, na resistência, na flexibilidade e na gordura corporal em homens e mulheres com mais de 12 semanas;
13. Redução do estresse e melhora no humor. 5/24 dos formandos acharam o programa benéfico, relaxante e aliviador de stress, 5/24 foram resistentes ao programa, ao considerarem o yoga como não consistente com o treinamento policial;



Autor/ano	Nome e objetivo da intervenção
Chopko et al. (2018)	1. <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i> (MBCT); Reduzir estresse e sintomas depressivos ou de transtornos em geral; 2. <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (ACT); Auxiliar indivíduos a perceberem e a agirem diante de informações internas e ambientes adversos.
Bhojani et al. (2018)	<i>Management Wellness Fitness Initiative</i> (WFI); Prevenir doenças cardiovasculares e a morte cardíaca súbita relacionadas ao ofício dos bombeiros.
Velazquez e Hernandez (2019)	1. <i>Employee Assistance Programs</i> (EAPs); Abordar problemas do ambiente de trabalho; 2. <i>Critical incident stress debriefing</i> (CISD); Oferecer programas de apoio mútuo entre colegas; 3. <i>Smart assessment on your mobile</i> (SAM); Triar sintomas relacionados a TEPT e depressão;
Collazo (2020)	<i>Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy</i> (TF-CBT); Auxílio na construção de mecanismos e habilidades para gerenciamento de sintomas relacionados ao trauma.
Merrigan et al. (2021)	<i>Force Plate Technology</i> ; Monitoramento da capacidade tática do contingente
Edgelow et al. (2021)	Não específica; Gerenciar o estresse e promover resiliência.

1. Estudos empíricos mostram que a MBCT reduz significativamente sintomas depressivos, diversas formas de ansiedade e outros sintomas relacionados com o trabalho executado por first responders (primeiro interventor/socorrista);
2. Estudo metanalítico sugeriu que a ACT é efetiva quando focada em depressão e ansiedade. Outras pesquisas indicaram que também é efetivo para adições e problemas de natureza somática. Outro estudo sugeriu que ACT é superior na geração de satisfação e medidas de qualidade.

Melhorias significativas entre os participantes do programa na frequência de exercícios, no tabagismo e no controle do peso.

1. Permitiu que policiais buscassem ajuda ou considerassem obter ajuda adicional de outros profissionais;
2. Não foi tão efetivo quanto se esperava, já que os policiais não conversaram com total transparência sobre incidentes traumáticos;
3. Correlação significativa entre o SAM e a entrevista diagnóstica, indicando eficácia na avaliação do trauma;

A literatura é escassa quanto à eficácia desses tratamentos baseados em evidências direcionados a forças policiais. Futuras pesquisas devem incluir a adaptação transcultural.

As avaliações da plataforma de força são ferramentas valiosas para implementar variações de monitoramento do desempenho neuromuscular. Entretanto, a sua complexidade requer precauções para garantir que dados confiáveis e válidos sejam coletados antes da ação.

A implementação da intervenção foi majoritariamente via programas de treinamento (80%), sendo a maior parte deles em grupo (70%). Sugere-se a inclusão de outros profissionais da Segurança Pública e a expansão dos estudos.

## CAPÍTULO 2

# Programas de Promoção da Saúde, Prevenção Primária e Prevenção Secundária para Profissionais da Segurança Pública

*Victoria Ayelen Gomez*

*Ana Gabriela Duarte Mauch*

*Elivaldo Ribeiro de Santana*

*Antonio Aisengart*

*Giulia Veiga de Leite Ribeiro Melo*

*Luiza Mariana Brito Soares*

*Ângela Oliveira de Sá*

*Ranielly Pereira Barbosa*

*Daniela Sacramento Zanini*

*Sheila Giardini Murta*

A incidência de lesões ocupacionais, doenças e transtornos relacionados ao trabalho tem aumentado em comparação às estatísticas anteriores (Takala et al., 2014). Assim, tornam-se necessárias intervenções em saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores objetivando a prevenção, redução de absenteísmo e custos associados oriundos dessas intercorrências. Para que sejam utilizadas de forma ampla as melhores intervenções e não se desperdice recursos com métodos ineficientes, deve-se avaliar a efetividade das intervenções propostas (Rodríguez, 2021; Wagner et al., 2016).

Em relação à segurança pública, intervenções são demandadas em diferentes categorias profissionais, incluindo policiais, bombeiros, trabalhadores do sistema prisional e na própria comunidade (Edgelow et al., 2021). O escopo dessas intervenções, em geral, foca na saúde física, incluindo questões relacionadas ao sono e à fadiga, e, principalmente, na saúde mental, como no manejo de estresse e resiliência (Edgelow et al., 2021).

Para os profissionais policiais e bombeiros o panorama geral é semelhante, sendo que a incidência de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), por exemplo, é maior que na população em geral (Klimley et al. 2018), já que na atuação profissional é frequente presenciar ou participar de situações que induzem o TEPT, como homicídios e incêndios (Dalgarrondo, 2019). O TEPT consiste em lembranças vívidas, emoções e sensações físicas que remetem a um evento traumático (Dalgarrondo, 2019), impactando a saúde mental. Assim, são demandadas intervenções específicas para esse público.

As políticas, programas e intervenções no contexto ocupacional podem se organizar em torno da promoção da saúde, prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. A promoção da saúde consiste em ações intersetoriais que visam favorecer o bem-estar de indivíduos e coletividades por meio de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde,

reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (World Health Organization, 1986). A prevenção primária refere-se a ações voltadas para indivíduos ou coletividades que visam evitar o adoecimento no trabalho por meio da redução de fatores de risco psicossociais, ergonômicos, físicos, químicos ou biológicos e fortalecimento de fatores de proteção à saúde. Compreende a proteção específica voltada para medidas educativas focadas em problemas de saúde específicos. A prevenção secundária engloba ações de diagnóstico precoce e tratamento que visam curar uma doença já instalada por meio de cuidado integral à saúde. A prevenção terciária abarca ações que visam maximizar a qualidade de vida e conter prejuízos decorrentes de uma doença já instalada e irreversível. Compreende ações de reabilitação que podem incidir sobre os indivíduos e os contextos em que vivem (Leavell & Clark, 1965).

De acordo com o exposto, o objetivo geral deste capítulo foi identificar a produção científica internacional sobre programas de intervenção em saúde com foco na segurança pública (polícias e bombeiros), analisando os níveis de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde. Dessa forma, os objetivos específicos do capítulo foram: i) descrever; ii) analisar e iii) sintetizar os estudos que versam sobre os programas de intervenção em saúde classificados em: i) promoção da saúde; ii) prevenção primária; iii) prevenção secundária; e iv) prevenção terciária, conforme definição supracitada. Os resultados serão apresentados em três seções diferentes de acordo com o nível de prevenção abordado.

# Método

## Busca e Critérios de Seleção da Literatura

### *Levantamento dos Artigos Científicos*

A busca dos artigos em inglês foi conduzida com o uso do *software Publish or Perish*, ferramenta que utiliza bases de dados para obter os estudos pretendidos. A consulta foi empregada junto aos principais indexadores da literatura especializada da área, tais como *Crossref*, Google Acadêmico e, visando um amplo acesso ao acervo bibliográfico disponível na *internet*. As publicações em português foram localizadas no portal de periódicos da CAPES.

### *Critérios de inclusão e exclusão dos artigos*

Os critérios de inclusão neste capítulo foram: (1) artigos publicados em inglês ou português; (2) acerca de avaliação de programas de saúde ; (3) com foco na segurança pública (polícias e bombeiros); (4) artigos científicos e revisões; (5) publicados nos últimos cinco anos; e (6) disponíveis na íntegra. Foi utilizado o *software Publish or Perish 7* (Harzing, 2007) para a busca dos artigos em inglês indexados no *Crossref*, *Google Scholar* (ou Google Acadêmico) e *Pubmed*. A busca foi realizada a partir de dois grupos de palavras-chave:

- Grupo A (Bombeiros): *firefighter AND “intervention program” AND mental health AND (occupational stress) AND anxiety [ou depression; ou burnout; ou suicide; ou physical health] AND effectiveness AND evaluation;*

- Grupo B (Policiais): *police AND “intervention program” AND mental health AND (occupational stress) AND anxiety* [ou *depression*; ou *burnout*; ou *suicide*; ou *physical health*] *AND effectiveness AND evaluation.*

As publicações em português foram localizadas no portal de periódicos da CAPES, utilizando as seguintes palavras-chave: “policiais”, “bombeiros”, “programas”, “intervenção” e “saúde”. De acordo com as ferramentas disponíveis na modalidade “busca avançada” do portal, a pesquisa foi conduzida no seguinte formato: **[Qualquer campo que contém policial OU Qualquer campo que contém bombeiros E Qualquer campo contém programa E Qualquer campo que contém intervenção E Qualquer campo que contém saúde]**. Os filtros de delimitação dos resultados consistiram na definição do “tipo de material” (artigos), “idioma” (português) e “data de publicação” (últimos 5 anos).

Além dos filtros de delimitação citados, os critérios de inclusão e de exclusão utilizados durante a busca por artigos em inglês foram igualmente aplicados na busca por artigos em português. O programa Excel foi usado para a organização dos estudos encontrados e exclusão de duplicatas.

Os critérios de exclusão utilizados foram: (1) artigos referentes a trabalhadores do sistema prisional e militares; (2) artigos com outros segmentos ocupacionais; (3) artigos em outros idiomas que não inglês e português; (4) artigos empíricos de variáveis que não são de programas, ações ou intervenções em saúde; (5) artigos teóricos; (6) teses de doutorado e dissertações de mestrado; (7) protocolos; (8) intervenções farmacológicas.

## Procedimentos de análise

Foram encontrados 1.130 artigos em inglês. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 146 artigos para leitura do resumo. Após a leitura do resumo, restaram 64 artigos que foram lidos na íntegra, os quais foram classificados em: (1) artigos de revisões; (2) promoção da saúde; (3) prevenção primária; (3) prevenção secundária; e (4) prevenção terciária (Leavell & Clark, 1976). Os procedimentos de classificação foram criteriosamente discutidos junto com equipe de pesquisadores especialistas na temática.

Foram localizados 673 artigos em português. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, somente sete artigos foram selecionados. Após a análise dos títulos e dos resumos, seis artigos foram selecionados. Por fim, após a análise do texto integral das publicações, somente um artigo foi identificado como correspondente aos critérios de inclusão adotados pela seleção, classificado em prevenção primária e promoção de saúde (Leavell & Clark, 1976).

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados: 12 artigos de revisão; 15 artigos de promoção da saúde; sete artigos de prevenção primária e nove artigos de prevenção secundária. Cumpre ressaltar que não foi encontrado nenhum artigo que atendesse aos critérios estabelecidos que contivesse intervenção em prevenção terciária, por isso, este nível de prevenção não será descrito neste capítulo.

Murta (2005), em sua revisão da produção científica sobre os programas de manejo de estresse ocupacional, estabeleceu um instrumento padronizado de análise de codificações. Este modelo de codificação tem sido instrumento de pesquisa de estudos recentes, sintetizando campos específicos da literatura



(Abreu et al., 2016). No presente capítulo, utilizou-se uma adaptação do instrumento de análise de codificações para extrair as informações relevantes (Tabela 1). Dessa forma, foram estabelecidos, neste instrumento, 15 critérios de codificação, dentre os quais estão, por exemplo, características do estudo, contexto, conteúdo da intervenção, formato da intervenção, avaliação de resultados (Oldenburg et al., 1994), avaliação de necessidades (Hawe et al. 1990) e avaliação de processo (Steckler & Linnan, 2002). Para fins de maior detalhamento das análises, os critérios que versam sobre avaliações foram divididos em mais de um critério de codificação, a saber: avaliação de resultados foi dividido em principais resultados, conclusões e limitações da intervenção; avaliação de necessidades foi dividido em objetivo geral, público-alvo e objetivos do programa/intervenção; e avaliação de processos foi dividido em nome, responsável pela intervenção, canal, carga horária, e técnicas e instrumentos. Os dados relativos a cada artigo foram codificados em uma tabela de fichamento do Excel construída de acordo com os critérios de codificação.

Critério	Definição
Estudo	Autores, ano, periódico e país onde a intervenção foi implementada
Objetivo geral do artigo	O que os autores pretendiam alcançar
Nome	Como foi nomeada a intervenção? Nome das atividades práticas desenvolvidas com o público-alvo da intervenção
Objetivo do Programa/ Intervenção/Ação	Quais desfechos esta intervenção pretende mudar? (Ex.: favorecer atividade física ou reduzir tabagismo; favorecer conhecimento sobre manejo de finanças ou reduzir estigma relacionado ao adoecimento mental)

**Tabela 1**

*Definição de critérios usados na codificação dos estudos*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Critério	Definição
Público-alvo	A quem se destina esta intervenção? (Ex.: chefias, bombeiros, familiares, equipas de saúde, etc.)
Responsável pela intervenção	Equipe ou cargo de quem fez a intervenção (Ex.: equipas de saúde, consultor externo, etc.)
Contexto	Onde a intervenção foi implementada? (Ex.: centro de treinamento da Corporação de Bombeiros). Tipo de ambiente ocupacional de onde a amostra foi recrutada, como escolas, instituições de saúde, indústrias, instituição financeira ou outros
Canal	Qual o meio de entrega ou execução desta prática? (Ex.: face a face, internet, guias impressos ou outros)
Carga horária	Carga horária total da intervenção, número de sessões, duração de cada sessão, periodicidade entre as sessões
Formato da intervenção	Grupal, individual, outra. Frequência das sessões, duração da sessão (em minutos), duração da intervenção (em semanas), número total de sessões, número total de horas de contato
Conteúdo da intervenção	Natureza da intervenção, incluindo temas discutidos (ex: informação sobre estresse), técnicas usadas (ex: treino assertivo) ou ações implementadas (ex: discussões sobre como construir rede de suporte social)
Técnicas e instrumentos	Quais foram os procedimentos e técnicas usadas para produzir as mudanças previstas? Quais instrumentos usados? Avaliação prévia à intervenção visando identificar alvos para a intervenção. Inclui técnicas de coleta de dados usadas, como escalas, observação do comportamento, análise documental, etc.
Avaliação de resultados: principais resultados	Quais resultados foram alcançados? Estratégia de coleta de dados e tipo de variável dependente avaliada, como crenças sexistas, conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, habilidades de manejo de raiva etc.
Avaliação de resultados: conclusões	Conclusões alcançadas; Qual(is) foi(ram) as principais conclusões?
Avaliação de resultados: limitações da intervenção	Limitações da intervenção/artigo

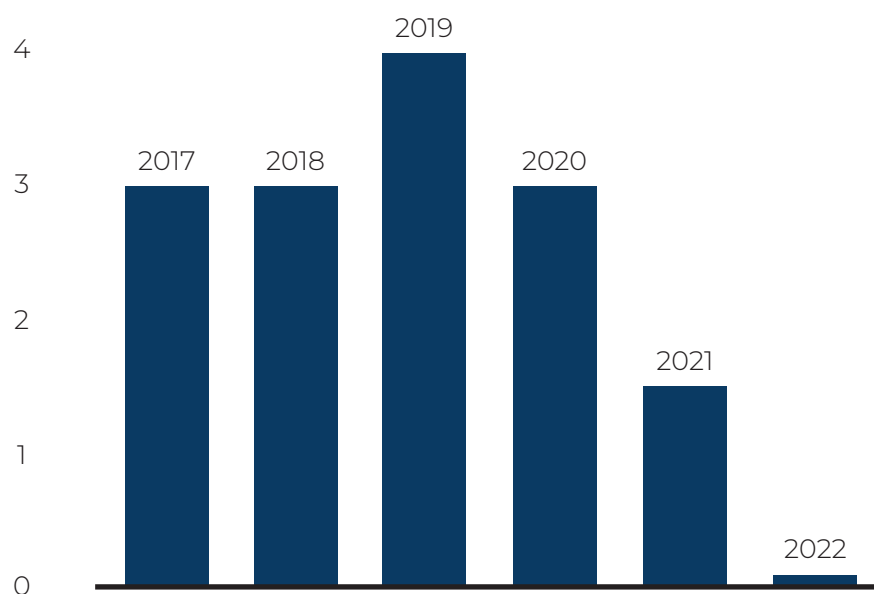
## Resultados Referentes a Programas de Promoção da Saúde na Segurança Pública

Esta seção contou com uma amostra final de 15 estudos que versam sobre programas de promoção da saúde das forças de segurança (polícias e bombeiros). Nos últimos cinco anos inteiramente decorridos houve uma tendência de estabilização no número de estudos voltados ao tema, com um discreto aumento em 2019, seguido de queda em 2021 e 2022. A Figura 1 demonstra a produção acadêmica internacional. Nota-se que nos anos de 2017, 2018 e 2020 foram publicados três artigos. Em 2019 houve um discreto aumento, totalizando quatro artigos. Já no ano de 2021, foram encontrados apenas dois artigos publicados. Por fim, no ano de 2022 não houve publicações.

**Figura 1**

*Número de estudos internacionais sobre programas de promoção da saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



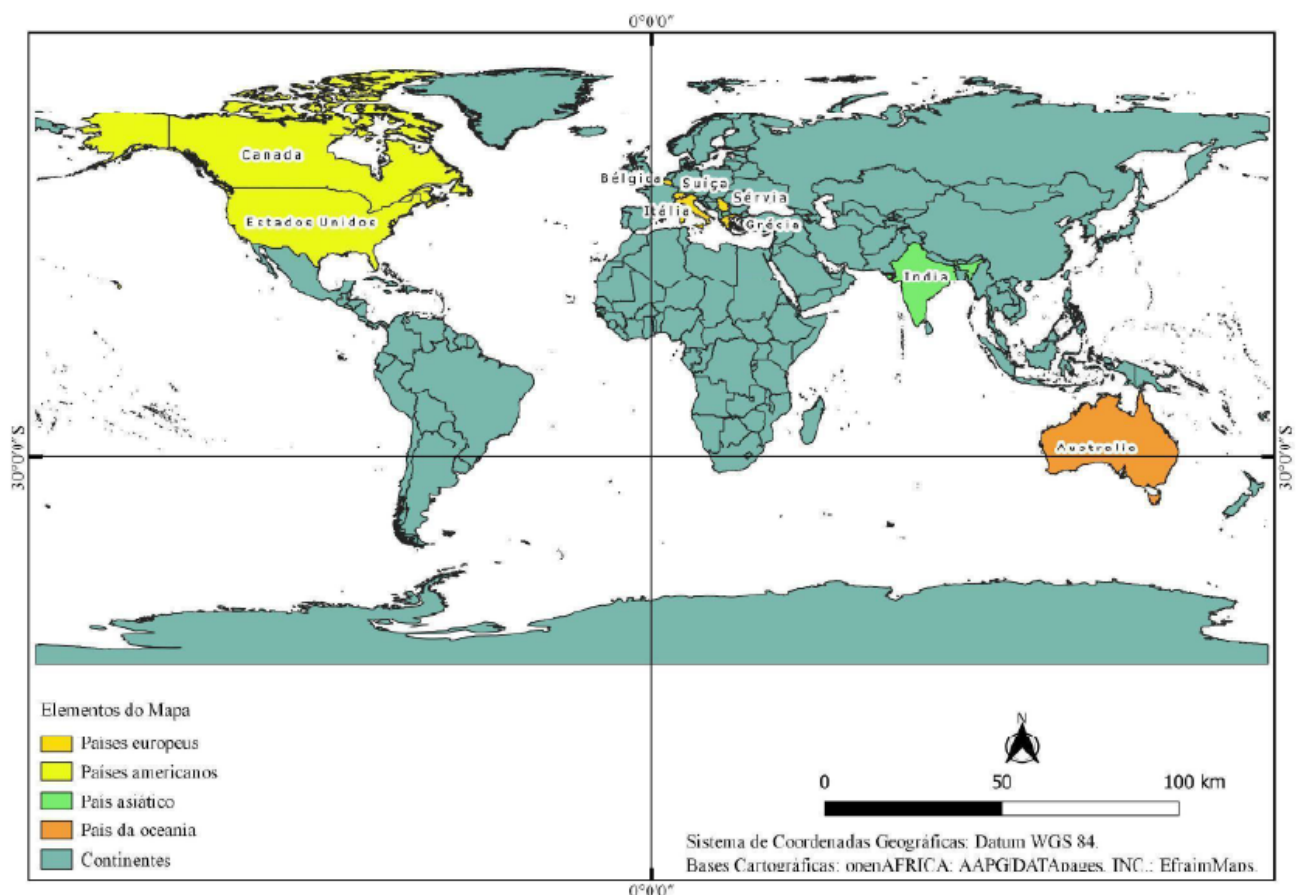
## Características gerais da implementação dos programas de promoção da saúde

Identificou-se que a maior parte dos estudos que continham programas de intervenção na área de promoção da saúde foi realizada na América do Norte e Europa. O Canadá é o país com o maior número de artigos publicados neste recorte (Leduc et al., 2021; Sommerfeld et al., 2017; Szeto et al., 2019; Leary et al., 2020), com quatro artigos, o equivalente a aproximadamente 27% dos estudos. Os Estados Unidos seguem em segundo lugar, com 20% das publicações, contabilizando três estudos (DeNysschen et al., 2018; Stanek et al., 2017; Marks et al., 2017). Já na Austrália, foram encontrados dois artigos (Joyce et al. 2018; Joyce et al., 2019), o equivalente a aproximadamente 13,3% dos achados. Seis países apresentaram apenas um estudo, o que equivale a 6,7% dos artigos encontrados, sendo eles: Bélgica

**Figura 2**

*Localização geográfica dos países onde foram feitas as intervenções de promoção da saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



(Milliard, 2020); Suíça (Stone et al., 2020); Índia (Chitra & Karunanidhi, 2021); Grécia (Romosiou et al., 2019); Sérvia (Filip & Aleksandar, 2019) e Itália (Maran et al., 2018). A Figura 2 mostra a localização geográfica descrita de cada país nos continentes.

O interesse investigativo por esse campo é majoritariamente na América do Norte, localidade de sete dos quinze estudos, equivalente a aproximadamente 47% dos achados (DeNysschen et al., 2018; Stanek et al., 2017; Marks et al., 2017; Leduc et al., 2021; Sommerfeld et al., 2017; Szeto et al., 2019; Leary et al., 2020). Foram encontrados cinco estudos no continente Europeu, número equivalente a aproximadamente 33% dos artigos levantados (Milliard, 2020; Stone et al., 2020; Romosiou et al., 2019; Maran et al., 2018; Filip & Aleksandar, 2019). No continente da Oceania, foram encontrados dois estudos, equivalente a aproximadamente 13% dos artigos levantados (Joyce et al., 2018; Joyce et al., 2019). Na Ásia encontrou-se apenas um artigo, o equivalente a aproximadamente 7% dos estudos (Chitra & Karunanidhi, 2021). Não constam na revisão estudos nos contextos da África, América do Sul e América Central que preencham os critérios estabelecidos.

As publicações que tiveram implementação no continente Europeu ocorreram de forma dispersa entre os países, sendo um estudo em cada um dos cinco países: Bélgica, Suíça, Grécia, Sérvia e Itália. Todavia, as publicações que tiveram implementação na América do Norte ocorreram em apenas dois países, de forma concentrada, três estudos nos Estados Unidos e quatro no Canadá. Na Oceania houve concentração dos dois estudos publicados, ambos na Austrália. Em relação à Ásia, com apenas um artigo encontrado, o país de implementação da intervenção foi a Índia.

## Características das Intervenções de promoção da saúde

Cada uma das intervenções descritas nos estudos encontrados a partir da revisão sistemática de literatura no escopo da promoção da saúde foi nomeada ou apresentou sua temática explorada e teve seus objetivos descritos. Em Leduc et al. (2021) houve o desenvolvimento colaborativo, interativo e participativo de dois programas de intervenção. Primeiramente, um programa de intervenção de treinamento físico foi projetado para manter os níveis de aptidão física dos bombeiros e atenuar o risco de lesões. Posteriormente, foi desenvolvido um programa de intervenção em educação psicossocial para mitigar o impacto dos fatores de risco psicossociais, fomentar o engajamento no trabalho e diminuir o estresse no trabalho, mesmo que em ambientes adversos.

O Programa de Treinamento de Resiliência (PTR) descrito em Chintra et al. (2021) e em Joyce et al. (2019) visa promover melhorias de autoconsciência, atitude positiva, gestão emocional e habilidades interpessoais. Esse programa é desenvolvido para ajudar policiais mulheres a se tornarem resilientes, a lidar de forma proativa com a exposição ao estresse em sua ocupação, melhorar a satisfação no trabalho e, conseqüentemente, seu bem-estar psicológico.

A intervenção de treinamento elaborada por Filip e Alexander (2019) objetivou a perda de peso segura e saudável como meta primária de treinamento, seguida pelo desenvolvimento da capacidade aeróbica e resistência muscular local com policiais. Já em DeNysschen et al. (2018) houve a implementação de uma intervenção sobre a avaliação de exercícios direcionados ao aperfeiçoamento da força muscular, força de velocidade e resistência muscular de policiais, visando a qualidade de vida destes profissionais a partir do contexto laboral.

Stanek et al. (2017) implementaram uma intervenção no formato de um programa de exercício corretivo, progressivo e individualizado, utilizando um instrumento de triagem chamado Tela de Movimento Funcional (TMS). O objetivo da intervenção foi aprimorar a qualidade dos movimentos laborais executados por bombeiros e reduzir os riscos de lesão.

Por solicitação do corpo de bombeiros, Sommerfeld et al. (2017), implementaram uma intervenção comportamental em saúde para esses profissionais, objetivando alcançar o bem-estar. Na mesma vertente, Romosiou et al. (2019) procuraram investigar a eficácia de uma intervenção integrativa, pautada na abordagem centrada na pessoa, cognitivo-comportamental e psicologia positiva, objetivando a melhoria da inteligência emocional, a empatia, a resiliência e o manejo de estresse de policiais.

A intervenção denominada Caminho para a Prontidão Mental para Socorristas (CPMS) foi implementada por Szeto et al. (2019) com policiais, bombeiros, socorristas, paramédicos e trabalhadores dos serviços de emergência. Os objetivos do programa foram: (i) aumentar a habilidade de resiliência; (ii) prover meios de reduzir o estigma sobre a saúde mental; (iii) compreensão sobre saúde mental no trabalho; (iv) disposição para discutir sobre saúde mental, pedir ajuda e oferecer suporte relacionado a saúde mental a colegas de trabalho; e (v) uso do conhecimento aprendido no programa.

Joyce et al. (2018) implementaram o Programa de Atenção Plena e Trabalho de Resiliência (PAPTR), cuja ênfase maior é na autocompaixão e habilidade de aceitação. A intervenção foi uma combinação de psicoeducação com treinos de *mindfulness*.

Marks et al. (2017) implementaram uma intervenção que teve como objetivo promover a saúde psicológica entre pares. Para isso, usaram um programa recém-projetado para socorristas e bombeiros intitulado Reconhecer, Avaliar, Defender, Coordenar e Acompanhar (nome original: REACT), desenvolvido em parceria com órgãos de segurança pública.

Maran et al. (2018) pesquisaram uma intervenção que disponibilizou, pela gestão da polícia, cursos gratuitos, realizados fora do horário e do local de trabalho. Os cursos foram categorizados em duas áreas: prática física (ginástica postural, *tai chi chuan*, condicionamento físico total) e bem-estar (treinamento autógeno, *yoga*, meditação dinâmica). Os mesmos treinamentos ocorreram várias vezes durante o ano. Os policiais podiam escolher realizar um dos cursos e o objetivo era o aumento do bem-estar e a diminuição do sofrimento experienciado com colegas e cidadãos.

Um programa de treinamento de exercícios ocupacionais foi implementado por Leary et al. (2020) com o objetivo de melhorar a aptidão física dos bombeiros. Já na intervenção implementada por Stone et al. (2020) o objetivo era comparar as mudanças físicas após 11 semanas de treinamento em uma academia dos bombeiros. No estudo conduzido por Milliard (2020), a partir de Equipes de Apoio por Pares (EAP) levantaram-se os seguintes objetivos, buscando o bem-estar de forma mais ampla: (i) proporcionar uma escuta empática e atenta; (ii) fornecer intervenção psicológica de baixo nível; (iii) identificar pares que possam estar em risco para si ou para outros; e (iv) facilitar um canal para ajuda profissional. A Tabela 2 sintetiza os dados dos artigos analisados.



**Tabela 2**

*Características de programas de intervenção classificados em promoção da saúde*

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Leduc et al., 2021; Programa de compromisso para a boa forma; Programa de intervenção de treinamento físico e Programa de intervenção em educação psicossocial.</p> <p>O objetivo do artigo é descrever o processo de desenvolvimento colaborativo e participativo de dois programas de intervenção humana, visando a (i) aptidão física; e a (ii) saúde psicológica e bem-estar de bombeiros</p>	<p>Programa de intervenção de treinamento físico e Programa de intervenção em educação psicossocial.</p>	<p>O cumprimento do programa requer níveis de condicionamento físico acima da média, com muitos fatores adicionais a considerar, incluindo: hidratação, nutrição e termorregulação em ambientes térmicos variáveis</p>
<p>Chitra &amp; Karunanidhi, 2021; Programa de Treinamento de Resiliência; Avaliar as repercussões no estresse ocupacional, resiliência, satisfação no trabalho e bem-estar psicológico, a partir de um estudo com duzentos e cinquenta policiais da parte sul da Índia</p>	<p>A intervenção compreendeu 6 sessões de treinamento online. Cada sessão levou cerca de 20 a 25 minutos para ser concluída. Houve uma pausa de 3 dias entre cada sessão para incentivar a prática de habilidades</p>	<p>A análise por protocolo constatou que, em comparação com o grupo controle, foram observadas as maiores melhorias na resiliência adaptativa entre aqueles que completaram a maior parte do programa, ou seja, de 5 a 6 sessões</p>

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Filip &amp; Aleksandar 2019; Treinamento físico; Investigar os efeitos de um programa de exercícios físicos e de palestras, seguidas de um folheto contendo informações sobre nutrientes indicados segundo a qualidade de componentes, medidos pela aptidão física relacionada à saúde</p>	<p>Uma sessão de treinamento de 2 horas foi realizada cinco vezes por semana. Durante o treinamento, os participantes tiveram uma pausa de 5 a 10 minutos para recuperação e frescor. Os treinamentos foram realizados no período da tarde (16:00 - 18:00) em condições externas e internas</p>	<p>Os efeitos do tratamento dependem mais do nível de controle e autocontrole do que da duração do tratamento, enquanto o nível de controle (e especialmente o autocontrole) pode ser melhorado aumentando o conhecimento sobre a associação entre aptidão física, junto a soluções práticas</p>
<p>DeNysschen et al., 2018; Educação para a saúde e treinamento físico; Determinar se a conclusão bem-sucedida de um curso de educação em saúde e treinamento físico de 14 semanas aumentaria a aptidão física e as capacidades dos participantes para realizarem tarefas essenciais de aptidão física necessárias para uma carreira policial</p>	<p>Sessão de treinamento físico de 40 a 50 minutos ao longo de 14 semanas</p>	<p>Diferenças significativas foram observadas em 7 de 14 exercícios físicos e medidas antropométricas, o que indicou melhora na força superior do corpo e resistência muscular dos participantes. Além disso, melhorias no poder muscular ocorreram como determinadas por resultados estatisticamente significativos para os testes de chutes de interruptor e joelhos de potência</p>
<p>Sommerfeld et al., 2017; Kit de bem-estar para veteranos; Aumentar o bem-estar de bombeiros em atividade.</p>	<p>O Kit de Bem-Estar possui 12 módulos; quatro módulos foram apresentados por horário de uma hora, totalizando três horas de intervenção por turno</p>	<p>Não houve mensuração de variáveis e os autores indicaram que há valor nesse tipo de formato de oficina educativa para grupos de bombeiros</p>

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Staneck et al., 2017; Treinamento com exercícios corretivos; Examinar os efeitos de um programa de treinamento de exercício corretivo individualizado de 8 semanas na Tela de Movimento Funcional (FMS) direcionados a bombeiros</p>	<p>O departamento não forneceu programação e os bombeiros puderam desenvolver suas próprias rotinas de treino. Durante as 8 semanas de intervenção, os bombeiros foram convidados a iniciar seu treino com o programa de exercícios corretivos e usar o tempo restante para completar suas rotinas normais de treino</p>	<p>Uma média anual de 2.520 lesões, ou 25%, ocorreram durante as atividades de apoio à supressão, uma média de 910 ocorreram durante outras atividades de cena de incidente, e uma média de 370 ocorreram durante as atividades de resgate</p>
<p>Romosiou et al., 2019; Investigar a eficácia de uma intervenção em grupo com o objetivo de melhorar a inteligência emocional, a empatia, a resiliência e o manejo de estresse de policiais</p>	<p>Quatro sessões com duração de 4 horas, com intervalo de 10 dias entre elas, em um período de 5 semanas</p>	<p>Os resultados indicaram melhorias significativas na inteligência emocional, empatia, resiliência e no manejo de estresse do grupo experimental em comparação ao grupo controle. A eficácia da intervenção foi confirmada pelos dados</p>
<p>Szeto et al., 2019; Prontidão mental; Avaliar a eficácia do programa Caminho para a Prontidão Mental para socorristas;</p>	<p>Versão reduzida de 4 horas ou versão estendida de 8 horas para supervisores e líderes</p>	<p>O programa foi eficaz na redução do estigma sobre doenças mentais e no aumento das habilidades de resiliência em todos os estudos</p>
<p>Joyce et al., 2018; Programa de trabalho com Mindfulness para a resiliência; Examinar se um treinamento de resiliência baseado no mindfulness é possível e gera engajamento para trabalhadores de alto risco (bombeiros)</p>	<p>6 sessões de 20 a 25 minutos (total de, no mínimo, 2 horas de treinamento)</p>	<p>55% dos participantes completaram mais da metade do programa. 11 participantes completaram todas as 6 sessões</p>

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Maran et al., 2018; Avaliar os cursos e o impacto deles no sofrimento percebido e saúde geral dos participantes (policiais), assim como a eficácia de adicionar o uso de estratégias de coping;</p>	<p>Os cursos iniciaram em Outubro/2016 e terminaram em Maio/2017. Cada curso possuía uma atividade semanal, com duração de 1 hora e meia</p>	<p>Na pré-intervenção, os participantes dos cursos de atividade física indicaram como objetivos o aumento do bem-estar e a diminuição do sofrimento experienciado com colegas e cidadãos. Na pós-intervenção, apenas 12,2% dos participantes indicaram que o objetivo foi alcançado “menos do que o esperado”</p>
<p>Marks et al., 2017; Avaliar um recém-projetado treinamento para profissional para socorristas e bombeiros intitulado Reconhecer, Avaliar, Defender, Coordenar e Acompanhar (REACT)</p>	<p>O REACT foi um reinamento de um dia inteiro que consistiu em quatro módulos, cada um com instrução e prática</p>	<p>Sem diferenças significativas na variável conhecimento após a intervenção. Houve um efeito principal significativo para o tempo na autoeficácia relacionada ao treinamento. Qualitativamente, a resiliência e o self geral permaneceram estáveis ao longo do tempo</p>
<p>Leary et al., 2020 Programa de treinamento de exercícios ocupacionais de bombeiros Avaliar efeitos no prazer dos participantes, mudanças de comportamento no estilo de vida e estrutura da equipe) com o objetivo de fornecer recomendações para programas futuros</p>	<p>Treinamento físico de 14 semanas; 20 sessões de treinamento</p>	<p>Não houve alterações significativas no peso, IMC, percentual de gordura corporal, pressão arterial sistólica, VO 2máx estimado, equilíbrio, amplitude de movimento do joelho ou flexibilidade dos isquiotibiais</p>

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
Milliard, 2020; Programa de Suporte por pares; Investigar os impactos do programa	Não detalhado	Diante da inexistência de um padrão denominado “provincial” para suporte por pares ou qualquer outro programa de saúde mental, a pesquisa revelou que não ter um padrão provincial pode representar um certo nível de risco, já que o apoio por pares em organizações policiais é muito diferente do apoio por pares no mundo civil
Stone et al., 2020; Programa de força e condicionamento físico; Investigar os efeitos de 11 semanas de treinamento formal de força e condicionamento realizado durante o treinamento nas características de aptidão física de bombeiros em treinamento	3 sessões por semana adicionais ao treinamento da academia de bombeiros, sendo duas de resistência e uma aeróbica	Aumento da aptidão e do IMC, uma medida associada ao risco cardiovascular, auxiliando assim na mitigação da principal causa de mortalidade nestes futuros bombeiros

### *Contextos de Implementação de intervenções de promoção da saúde*

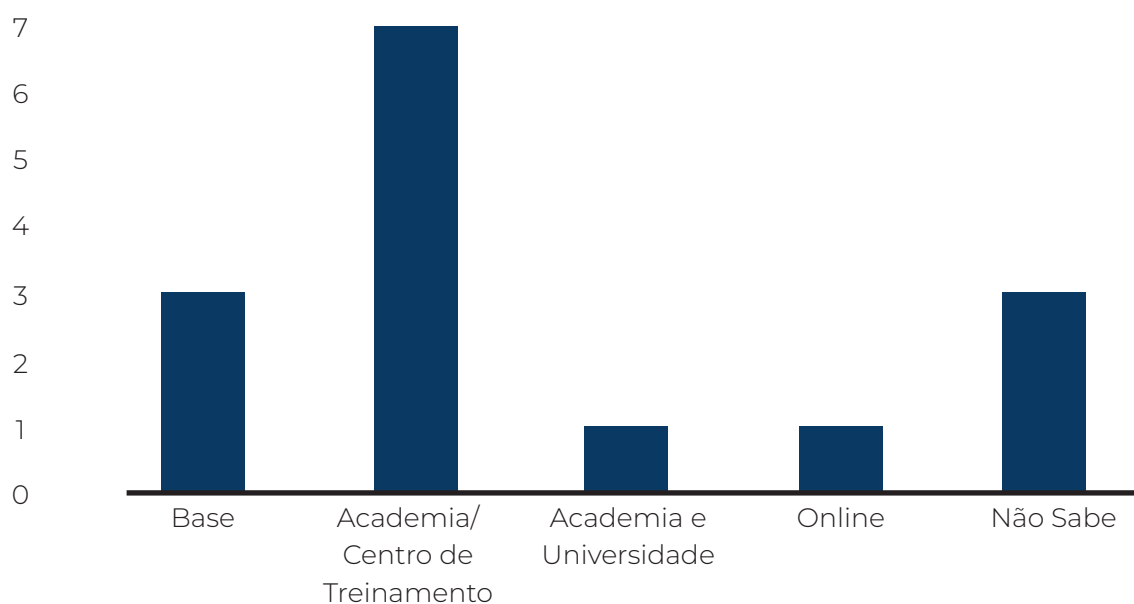
Das intervenções descritas nos artigos que fizeram parte do levantamento, 20% foram implementadas apenas nas bases policiais ou do corpo de bombeiros (Leduc et al., 2021; Sommerfeld et al., 2017; Milliard, 2020). Aproximadamente 47% das intervenções foram realizadas apenas em academias ou centros de treinamento vinculados à segurança pública (Chitra, et al., 2021; Joyce et al., 2019; Filip & Aleksander, 2019; DeNysschen et al., 2018; Stanek et al., 2017; Maran et al., 2018; Stone et al., 2018).

Um dos artigos (Joyce et al., 2018) descreveu uma intervenção que foi aplicada no contexto virtual, ou seja, aproximadamente 7% do total das intervenções aplicadas. Uma das intervenções (7%) foi aplicada em uma academia e, também, em uma Universidade (Leary et al., 2020). Por fim, em três dos artigos, o equivalente a 20% do total (Romosiou et al., 2019; Szeto, 2019; Marks, 2017), não há especificação do local de aplicação da intervenção. A Figura 3 apresenta o local de intervenção.

**Figura 3**

*Locais de implementação das intervenções de promoção da saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



### *Público-alvo e Responsáveis pelas Intervenções de promoção da saúde*

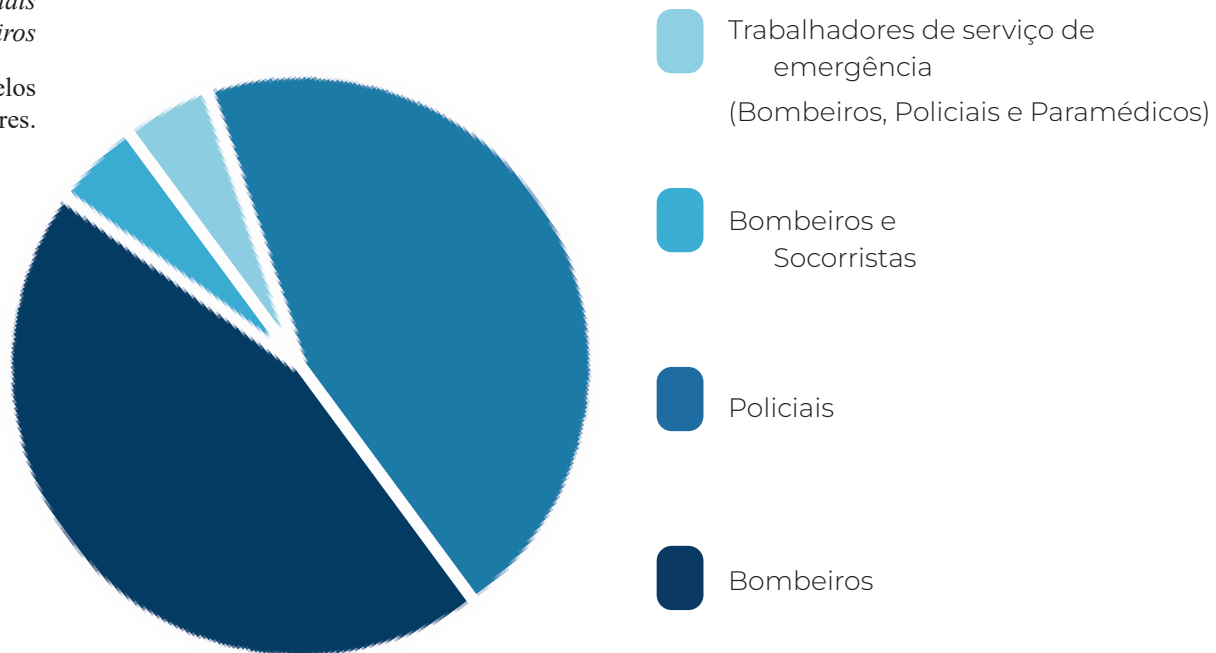
Nos resultados, as duas forças encontram equilíbrio numérico no conjunto total dos trabalhos. A atenção dada às demandas de promoção de saúde, nas forças de segurança, é próxima entre as categorias de policiais e bombeiros. Nos estudos encontrados, sete deles ou 47% (Leduc et al., 2021; Joyce et al., 2018; Stanek et al., 2017; Sommerfeld et al., 2017; Joyce et al., 2019; Leary et al., 2020; Stone et al., 2020) foram conduzidos apenas com bombeiros, enquanto que 40% dos estudos foram condu-

zidos apenas com policiais (Filip & Aleksandar, 2019; DeNysschen et al., 2018; Milliard, 2020; Romosiou et al., 2019; Maran et al., 2018; Chitra & Karunanidhi, 2021). Um estudo (Szeto et al., 2019) foi realizado com policiais, bombeiros, paramédicos e trabalhadores de serviço de emergência, equivalente a aproximadamente 7% dos estudos. Por fim, um último estudo (7%) foi conduzido apenas com bombeiros e socorristas (Marks et al., 2017).

**Figura 4**

*Quantidade de estudos sobre promoção da saúde conduzidos com policiais e bombeiros*

*Nota. Elaborada pelos autores.*



Alguns estudos, cerca de 20% (Stanek et al., 2017; Joyce et al., 2018; Leary et al. 2020), foram conduzidos exclusivamente por pesquisadores vinculados a universidades. Quatro intervenções (Chitra & Karunanidhi, 2021; Joyce et al., 2019; Maran et al., 2018; Stone et al., 2020), equivalentes a aproximadamente 27% da amostra, foram conduzidas pelos próprios bombeiros ou policiais. Ainda, alguns estudos (Leduc et al., 2021; Sommerfeld et al., 2017; Romosiou et al., 2019) foram implementados sob responsabilidade de cooperações entre a Segurança Pública e pesquisadores de universidades, representando 20% dos artigos levantados.

Uma das intervenções (Filip & Aleksander, 2019) foi conduzida por uma equipe que compunha um Projeto Científico Nacional da Sérvia, enquanto que também uma intervenção ocorrida nos Estados Unidos (DeNysschen et al., 2018) foi implementada por uma Organização Sem Fins Lucrativos; cada uma delas representa aproximadamente 7% dos estudos. Três artigos (Szeto et al., 2019; Marks et al., 2017; Milliard, 2020), o que equivale a 20% dos estudos encontrados, não contemplam a informação sobre qual o responsável pela intervenção.

### *Métodos das Intervenções de promoção da saúde*

Os Métodos das Intervenções serão descritos por meio dos seguintes critérios de codificação: (i) canal; (ii) carga-horária; (iii) formato; (iv) conteúdo; e (v) técnicas e instrumentos. Por exemplo, em Leduc et al. (2021) foram desenvolvidos dois programas de intervenções presenciais, sendo aplicados individualmente: um físico e um psicológico. As intervenções seguiram quatro dimensões: contexto, conteúdo, processo e desfechos. Para tanto, os autores relatam que a consulta às partes interessadas foi fundamental para informar o desenvolvimento de procedimentos de intervenção; com consideração dada à resposta ao fogo; disponibilidade de pessoal; acesso aos próprios bombeiros de terra selvagem. Para fornecer conteúdo relevante, foi dada a devida consideração ao desenvolvimento de materiais de oficina e treinamento, que foram empiricamente conduzidos, como também para garantir que fossem apresentados de forma visualmente atraente e acessível aos bombeiros. Além disso, foram desenvolvidos dois programas de intervenção de construção de recursos guiados por princípios de pesquisa de ação participativa.



O programa de treinamento implementado por Chitra e Karunanidhi (2021) utilizou uma abordagem experiencial que incluiu psicoeducação, reflexão, *role-playing game* (RPG), modelagem, automonitoramento de respostas e relaxamento guiado por imagem. No início de cada sessão presencial, o treinador analisou o aprendizado da sessão anterior. Ao final de cada sessão, o treinador deu os últimos 10 minutos aos participantes para refletir sobre seus aprendizados, além de motivar os participantes a perceber e refletir sobre as experiências e não apenas aprender intelectualmente com o programa. A intervenção de resiliência incluiu sessões em grupo de 20 horas de duração, que variavam entre 1 hora e 30 minutos, realizadas três vezes por semana por um período de aproximadamente dois meses no centro de treinamento.

Joyce et al. (2019) implementaram uma intervenção que compreende seis sessões de treinamento *online* e individual, sendo que cada sessão leva cerca de 20 a 25 minutos para ser concluída. Houve uma pausa de três dias entre cada sessão para incentivar a prática de habilidades. Portanto, o tempo mínimo em que um participante poderia completar o treinamento foi de 3,5 semanas e o máximo de 6 semanas. Os participantes também tiveram a oportunidade de se inscrever para mensagens de texto e/ou lembretes de e-mail. Os conteúdos das intervenções em cada um dos encontros foram os seguintes: (i) introdução à atenção plena, resiliência e bem-estar psicológico; (ii) habilidades de *mindfulness*, compreensão de sua mente reativa versus mente sábia, reconhecendo conversas mentais inúteis e gerenciando pensamentos desconfortáveis e inúteis (desfusão cognitiva), reconhecendo seus valores de exercício; (iii) revisão da desfusão cognitiva; introdução ao *mindfulness* com emoções, a mente

reativa e a evasão, entendendo como os valores estão ligados às emoções, verificação de ação valorizada; (iv) o problema com evitar, reconhecer estratégias de evasão versus estratégias adaptativas; (v) autocuidado e apoio, o mito da compaixão, barreiras ao acesso à compaixão, fadiga da compaixão, ações de auto-compaixão e resiliência, identificação do apoio consciente (compassivo, não julgado e consciente), verificação de ação valorizada; (vi) compaixão focada no *mindfulness*, prática de gratidão, otimismo e resiliência, identificar e celebrar os marcos, criando um plano de ação personalizado para praticar habilidades.

No estudo de Filip e Aleksandar (2019), a intervenção consistiu em uma sessão de treinamento de duas horas, realizada cinco vezes por semana. Durante o treinamento, os participantes tiveram uma pausa de cinco a dez minutos para recuperação e refresco. Os treinamentos foram realizados no período da tarde (entre 16 horas e 18 horas) em ambientes externos e internos, inicialmente de maneira individual e posteriormente em grupo. Foram analisadas medidas básicas de aptidão física relacionadas à saúde dos policiais em condição de obesidade consistindo em: quantidade relativa de componente de lastro da composição corporal, resistência muscular local da parte superior do corpo e resistência aeróbica. A quantidade relativa de tecido de lastro foi avaliada utilizando uma máquina InBody 720 (Biospace, Co., Ltd, Seul, Coreia), seguindo os procedimentos previamente explicados em estudos (Kukić & Dopsaj, 2017; Kukic et al., 2018b) e expressos como a porcentagem de gordura corporal (PBF). A resistência muscular local da parte superior do corpo foi medida por um teste de um minuto *push-up* (PU) e um minuto *sit-up* (SU) de acordo com procedimentos previamente explicados (Čvorović et al., 2018a). A resistência aeróbica foi medida

usando um teste incremental de 20m de transporte em um bloco de borracha interior, seguindo os procedimentos recentemente explicados em pesquisa (Kukic et al., 2018b). Além das sessões regulares de treinamento, duas vezes por semana, os participantes tiveram palestras de 30 minutos sobre estilo de vida saudável, estratégias de emagrecimento, nutrição adequada, manutenção de peso saudável ao longo da vida, dentre outras.

DeNysschen et al. (2018) conduziram uma intervenção em que os participantes completaram um teste de aptidão de nove exercícios para avaliar força muscular, força de velocidade e resistência muscular. O teste foi realizado presencialmente em um ambiente de grupo, e os exercícios atribuídos a cada um foram ao longo de 60 segundos com um descanso de 30 segundos entre os exercícios. Cada exercício foi demonstrado da forma adequada e os participantes praticavam até se sentirem confortáveis com o exercício específico. Houve também palestras de educação em saúde em sala de aula, incluindo temas de um curso universitário introdutório em saúde, bem-estar e *fitness*; tais como: princípios de exercício, doenças cardiovasculares, gerenciamento de estilo de vida, definição de metas, gerenciamento do estresse, importância do sono, alongamento muscular e prevenção de lesões. Houve um ciclo repetido de duas palestras e uma sessão de *fitness* de 40 a 50 minutos usando bandas de resistência e exercícios cardiovasculares concluídos a cada semana ao longo das primeiras 12 semanas do semestre.

A intervenção descrita no estudo de Stanek et al. (2017) foi um treino presencial com o programa de exercícios corretivos, não houve uma determinação sobre programação específica pelos comandantes, portanto, os bombeiros puderam desenvolver suas próprias rotinas de treino. Durante as oito semanas de

intervenção, os bombeiros foram convidados a iniciar seu treino de forma individual com o programa de exercícios corretivos e usar o tempo restante para completar suas rotinas normais de treino. A Tela de Movimento Funcional (TMF) consiste em sete padrões de movimento para testar a mobilidade e a estabilidade: o agachamento profundo, teste de obstáculos, pulmão em linha, mobilidade do ombro, elevação ativa da perna reta, flexão de estabilidade do tronco e estabilidade rotativa.

O Kit de Bem-Estar (intervenção em saúde mental, comportamental e interações focadas nas relações conjugais de bombeiros) foi aplicado por Sommerfeld et al. (2017) presencialmente com grupo de bombeiros e possui 12 módulos. Quatro módulos foram apresentados, totalizando pelo menos três horas de intervenção por turno. As oficinas de intervenção foram realizadas durante os blocos de treinamento, normalmente programados pela corporação, baseando-se no Kit de Bem-Estar dos Veteranos. As informações do Kit Bem-Estar foram apresentadas em um formato de *workshop* dinâmico, utilizando técnicas educativas interativas, como: definição de metas, escrita, *role-playing* e slides do PowerPoint.

Romosiou et al. (2017) implementaram uma intervenção presencial com 50 policiais das duas divisões de polícia do distrito de Epirus (região administrativa na Grécia), escolhidas pela proximidade com a universidade de filiação dos pesquisadores. Foram alocados 23 policiais no grupo experimental e 27 no grupo controle. A intervenção grupal foi: integrativa, pautada na abordagem centrada na pessoa, cognitivo-comportamental e psicologia positiva; “*broad targeting*” (diversificação de assuntos); intensiva, com quatro sessões de quatro horas de duração, aplicadas em intervalos de dez dias, cujos temas dos encontros

eram: (i) inteligência emocional - encontros 1 e 2 ; (ii) empatia - encontro 3; e (iii) resiliência e manejo de estresse- encontro 4. Nessas sessões, utilizam-se recursos como: leituras curtas, cenários hipotéticos, *roleplays*, discussões em grupo, leituras e trabalhos individuais ou em subgrupos, apresentações de Power-Point e folhetos. Ainda, foram utilizadas as seguintes escalas: (i) *Schutte Emotional Intelligence Scale*; (ii) *Interpersonal Reactivity Index*; (iii) *Perceived Stress Scale*; e (iv) *Connor-Davidson Resilience Scale*.

Em Szeto et al. (2019) a intervenção abordou os seguintes temas: resiliência, estigma sobre doenças mentais e conhecimento sobre saúde mental. Foi aplicada em uma versão reduzida de quatro horas ou versão estendida de oito horas para supervisores e líderes. Utilizaram-se escalas para a mensuração desses construtos, a saber: (i) estigma sobre doenças mentais: *Opening Minds Scale for Workplace Attitudes (OMS-WA)*; e (ii) resiliência: escala de cinco itens desenvolvida especificamente para essa mensuração. Ainda, foram elaboradas quatro questões sobre compreensão de saúde mental após o programa e disposição para discutir sobre saúde mental; pedir ajuda e oferecer suporte sobre saúde mental a colegas de trabalho, além de uma questão de resposta sim ou não, sobre o uso do conhecimento aprendido no programa, bem como a solicitação de detalhamento da resposta.

De maneira semelhante a Joyce et al. (2019), mas anterior, a intervenção realizada por Joyce et al. (2018) consistiu em seis sessões de treinos de *mindfulness*, feitas de forma individual e *online*. Cada sessão tinha a duração de 20 a 25 minutos (totalizando, no mínimo, duas horas de treinamento). Os temas abordados nas sessões foram os seguintes: (i) introdução ao

*mindfulness*, resiliência e bem-estar psicológico; (ii) habilidades de *mindfulness*, sua mente reativa versus sua mente sábia, reconhecendo pensamentos “inúteis” e desconfortáveis e seu manejo (desfusão cognitiva), exercício de reconhecimento de seus valores; (iii) revisão de desfusão cognitiva, ao *mindfulness* com emoções, a mente reativa e evitação, e como os valores estão ligados às emoções, verificação de ação valorizada; (iv) o problema da evitação, e conhecendo estratégias de evitação vs. estratégias adaptativas; (v) cuidados pessoais e suporte, o mito da compaixão, barreiras para acessar a compaixão, fadiga da compaixão, autocompaixão e resiliência identificando suporte atencioso (com compaixão, sem julgamentos e atencioso), verificação de ação valorizada; e (vi) *mindfulness* focado na compaixão prática de gratidão, otimismo e resiliência, identificando e celebrando os “*milestones*”, criação de um plano de ação personalizado para praticar as habilidades.

Os autores Maran et al. (2018) conduziram uma intervenção na qual havia a disponibilização de cursos gratuitos, realizados fora do horário e do local de trabalho. Os cursos foram categorizados em duas áreas: prática física (ginástica postural, *tai chi chuan*, condicionamento físico total) e bem-estar (treinamento autógeno, *yoga*, meditação dinâmica). Os mesmos treinamentos ocorreram várias vezes durante o ano, com atividades semanais que duravam uma hora e trinta minutos. Os policiais podiam escolher realizar um dos cursos. Foram aplicados questionários, na pré-intervenção, dez dias antes do início dos cursos e coletados sete dias depois, visto que eles ficavam à disposição dos participantes nos vestiários e, após o preenchimento, eram guardados em uma caixa selada. Na pós-intervenção, foi utilizado o mesmo procedimento e os questionários foram aplicados três

meses após o término dos cursos. Foram usadas quatro escalas, a saber: (i) *Goal Attainment Scale* (GAS) que versa sobre objetivos pessoais; (ii) *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12), que versa sobre saúde mental; (iii) *Distress Thermometer* (DT) que versa sobre nível de sofrimento; e (iv) *Brief COPE* que versa sobre estratégias de *coping*.

O REACT (Reconhecer, Avaliar, Defender, Coordenar e Acompanhar) foi um programa desenvolvido em parceria com órgãos de segurança pública para abordar a necessidade de promover a saúde psicológica entre pares. No estudo de Marks et al. (2017), houve a aplicação do REACT, de forma grupal e *online*, para bombeiros e socorristas. Consistiu em um treinamento de um dia inteiro desenvolvido em quatro módulos, cada um com instrução e prática. Foram usados os seguintes instrumentos: (i) questionário de conhecimentos (baseado nos módulos da intervenção); (ii) REACT PSP *self-efficacy*, uma escala de eficácia generalizada; (iii) escala breve de resiliência; e (iv) escala sobre atitudes e expectativas.

Leary et al. (2020) conduziram uma intervenção presencial de treinamento físico de 14 semanas com bombeiros. Quatro alunos estagiários treinaram, individualmente, de três a quatro bombeiros cada. Os alunos estagiários desenvolveram e prescrevem exercícios direcionados a melhorar os resultados funcionais em bombeiros (por exemplo, entrar e sair do caminhão, carregar cargas pesadas para cima e para baixo de escadas, etc.) e que incorporaram exercícios de força, resistência muscular, cardiovascular, flexibilidade e agilidade. Ao final da intervenção, os bombeiros participaram de grupos focais para captar impressões sobre a intervenção.

Os autores Stone et al. (2020) implementaram um treinamento formal de força e condicionamento, realizado na academia de bombeiros, que consistia em um cronograma de quatro dias por semana. Em três desses dias, o treinamento tinha duração de doze horas e, em um dos dias, de quatro horas. Ao menos duas vezes por semana, os treinados ficavam sob supervisão de pelo menos um *Certified Strength and Conditioning Specialist* (CSCS) e um dia por semana focado em condicionamento aeróbico. A fim de comparar as mudanças físicas após 16 semanas de treinamento em uma academia de treinamento de fogo, várias medidas antropométricas e de desempenho foram avaliadas nas semanas 4 e 15.

Por fim, Milliard (2020) implementou uma intervenção para investigar as experiências de policiais que atuam como membros da equipe de apoio de pares, particularmente no que diz respeito aos impactos do apoio de pares. Em razão do estigma associado à procura de ajuda, por parte de policiais, tendo como causa os elevados níveis de suicídio e outros problemas de saúde mental. Para se tornar um membro da equipe de apoio de pares da referida polícia, os membros devem ter pelo menos cinco anos de serviço, ser nomeados por um colega, participar de uma entrevista formal com dois membros da equipe de pares e um psicólogo clínico e passar por uma avaliação de salvaguarda para garantir a adequação. O outro critério principal é que o membro deve ter vivido experiência (pessoal ou profissional) com um evento traumático.



## Avaliação de Resultados de intervenções de promoção da saúde

Os principal resultado encontrado por Leduc et al. (2021) foi que o cumprimento das demandas exigidas para o trabalho requer níveis de condicionamento físico acima da média, com muitos fatores adicionais a serem considerados, incluindo: hidratação, nutrição e termorregulação em ambientes térmicos variáveis. Os resultados encontrados por Chitra e Karunanidhi (2021) revelaram que o treinamento de resiliência foi eficaz no aumento da resiliência, satisfação no trabalho e bem-estar psicológico das policiais mulheres, além da redução do estresse ocupacional. O *feedback* qualitativo foi positivo em relação ao programa de treinamento de resiliência, apoiando as evidências empíricas para a eficácia do programa de treinamento de resiliência. O estudo oferece implicações para teoria e prática em pesquisa policial.

Joyce et al. (2019) constataram que ao longo de seis meses, o grupo que recebeu a intervenção apresentou um aumento médio em seu escore de resiliência de 1,3, o que equivale a um tamanho de efeito moderado a grande, em comparação com o grupo controle de 0,73. A análise por protocolo constatou que, em comparação com o grupo controle, foram observadas as maiores melhorias na resiliência adaptativa entre aqueles que completaram a maior parte do programa, ou seja, de 5 a 6 sessões.

Os autores Filip e Aleksander (2019) encontraram que os efeitos do tratamento dependem mais do nível de controle e autocontrole do que da duração do tratamento, enquanto o nível de controle (e especialmente o autocontrole) pode ser melhorado aumentando o conhecimento sobre a associação entre aptidão física, junto a soluções práticas. Szeto et al. (2019) fizeram a análise de 5.598 participantes da intervenção e constataram

que o programa foi eficaz na redução do estigma sobre doenças mentais e no aumento das habilidades de resiliência.

De modo geral, o curso de treinamento de saúde, bem-estar e *fitness* implementado por DeNysschen et al. (2018) alcançou seu objetivo de melhorar a aptidão geral de seus participantes com base em análises pré e pós-teste. Diferenças significativas foram observadas em 7 de 14 exercícios físicos e medidas antropométricas, o que indicou melhora na força superior do corpo e resistência muscular dos participantes. Além disso, melhorias no poder muscular ocorreram no encontro de resultados estatisticamente significativos para os testes de chutes de interruptor e joelhos de potência. Outras medidas de poder muscular e resistência mostraram aumentos do pré ao pós-teste, que incluíram tomadas de potência, saltos de potência, saltos quadrados e saltos suicidas. No entanto, esses achados não foram estatisticamente significativos, assim como quedas em tomadas de prancha e pulmões de *sprint* por minuto.

Stanek et al (2017) constataram que uma média anual de 2.520 lesões, ocorreram durante as atividades de apoio à supressão, o que corresponde a 25% do total. Além disso, uma média de 910 ocorreram durante outras atividades de cena de incidente, e uma média de 370 ocorreram durante as atividades de resgate. Embora nem todas as lesões sejam evitáveis, essas informações mostram que a preparação física aumentada é uma necessidade para que os bombeiros não só cumpram suas funções adequadamente, mas minimizem o potencial de lesões. Os resultados desse estudo mostram os benefícios dos indivíduos pré-triagem para disfunção musculoesquelético, particularmente aqueles submetidos aos rigores do combate ao fogo.

Na pesquisa conduzida por Sommerfeld et al. (2017), os resultados mostraram oito temas primários, relacionados à provisão do modelo de intervenção: (i) há valor nesse tipo de formato de oficina educativa para grupos de bombeiros; (ii) o uso de materiais de oficina que foram endossados pela *Veterans's Affairs* ou Associação Internacional de Bombeiros (IAFF) forneceu uma via de validade para as oficinas e parecia aumentar a entrada dos membros; (iii) foi necessário um forte apoio organizacional para ter boa participação, em virtude dos membros estarem preocupados sobre como as chamadas seriam feitas enquanto participavam; (iv) a entrada do capitão no processo foi considerada essencial; (v) conteúdo do workshop precisava variar de acordo com as exigências do departamento específico; (vi) a informalidade das oficinas parecia ser um componente importante; (vii) o reconhecimento e o respeito pela necessidade de resposta dos membros devem ser fornecidos durante a conclusão das oficinas; (viii) a visão facilitadora da oficina sobre profissões de emergência também foi considerada útil.

Romosiou et al. (2019) perceberam como resultados em relação à inteligência emocional (empatia) do grupo experimental aumento significativo do pré ao pós; aumento significativo do pré ao *follow-up*; diminuição significativa do pós ao *follow-up*, enquanto que o grupo controle não teve diferenças significativas. Já em relação à fantasia, preocupação empática e resiliência, constatou-se que no grupo experimental houve aumento significativo do pré ao pós; aumento significativo do pré ao *follow-up*; sem diferenças significativas do pós ao *follow-up*, enquanto que no grupo controle não houve mudanças significativas. As variáveis angústia pessoal e manejo de estresse não apresentaram diferenças significativas no grupo controle, mas ambas apresentaram diferenças significativas no grupo experimental.

Em relação à avaliação qualitativa da intervenção implementada por Romosiou et al. (2019), todos relataram ter sido uma experiência construtiva; gostaram da intervenção ter sido focada na prática dos conceitos; relataram ganho de habilidades em resolução de problemas e manejo de estresse; relataram que, durante o grupo, se sentiram mais familiarizados com os colegas e compartilharam experiências em comum, além de avaliarem que a intervenção auxiliou a se tornar mais competente/eficaz no desempenho de suas funções - devido ao fato de se sentirem mais capazes de controlar suas emoções negativas e aprenderam a responder de forma empática às necessidades dos outros; relataram sentir mais empatia pelas dificuldades alheias.

Os resultados descritos por Joyce et al. (2018) mostraram que: (i) houve aumento da resiliência após a intervenção; (ii) houve redução da evitação e da inflexibilidade psicológica após a intervenção; (iii) redução da desfusão cognitiva após a intervenção. Ainda, 55% dos participantes completaram mais da metade do programa e apenas 11 participantes completaram todas as seis sessões.

Os pesquisadores Maran et al. (2018) encontraram como resultados na pré-intervenção que os policiais dos cursos de atividade física indicaram como objetivos: o aumento do bem-estar e a diminuição do sofrimento experienciado com colegas e cidadãos. Na pós-intervenção, apenas 12,2% dos participantes indicaram que o objetivo foi alcançado “menos do que o esperado”; a maioria deles relatou ter alcançado seu objetivo. Na pré-intervenção, os policiais dos cursos de bem-estar indicaram os mesmos objetivos do grupo que fez os cursos de atividade física, a saber, o aumento do bem-estar e a diminuição do sofrimento experienciado com colegas e cidadãos. Na pós-interven-

ção, apenas 3,6% dos participantes indicaram que o objetivo foi alcançado “menos do que o esperado”; a maioria deles relatou ter alcançado seu objetivo. Os resultados do GHQ-12 mostraram uma melhoria no bem-estar. Os resultados do DT indicaram uma diminuição no sofrimento percebido.

Marks et al. (2017) perceberam como resultado que não houve diferenças significativas na variável conhecimento após a intervenção. Houve um efeito principal significativo para o tempo na autoeficácia relacionada ao treinamento. Qualitativamente, a resiliência e o *self* geral permaneceram estáveis ao longo do tempo. Qualitativamente, as atitudes e expectativas dos participantes eram altas antes do treinamento e permaneceram altas imediatamente após o treino.

Quatorze bombeiros do sexo masculino completaram 20 sessões de treinamento implementadas por Leary et al. (2020). Não houve alterações significativas no peso, IMC, percentual de gordura corporal, pressão arterial sistólica, VO<sub>2</sub>máx estimado, equilíbrio, amplitude de movimento do joelho ou flexibilidade dos isquiotibiais. Houve uma diminuição significativa na pressão arterial diastólica e aumentos significativos na flexibilidade do ombro e no volume máximo de uma repetição do *leg press*. Os participantes relataram melhorias na saúde geral, resistência, flexibilidade e humor, bem como melhorias no ambiente da equipe e nos comportamentos de saúde ao redor da estação; no entanto, houve um declínio na superação de barreiras à atividade física.

Stone et al. (2020) encontraram como resultados que não só a aptidão aumentou, mas o IMC - uma medida associada ao risco cardiovascular - foi melhorado, auxiliando assim na mitigação da principal causa de mortalidade nos futuros bombeiros. Os resultados encontrados por Milliard (2020), converge no sentido de que

diante da inexistência de um padrão denominado “provincial”, para suporte por pares ou qualquer outro programa de saúde mental, a pesquisa revelou que não ter um padrão provincial pode representar um certo nível de risco, já que o apoio por pares em organizações policiais é muito diferente do apoio por pares no mundo civil.

## Limitações de estudos de intervenções de promoção da saúde

A principal limitação encontrada na intervenção de Chitra e Karunanidhi (2021) foi a especificidade da amostra - dificultando generalizações - já que a amostra foi limitada a policiais mulheres com baixos níveis de resiliência, excluindo aquelas que apresentassem doenças físicas ou que estivessem gestantes. Joyce et al. (2019) também encontraram a limitação da dificuldade de generalizações, já que a força de trabalho era um grupo de alto risco dominado por homens, limitando assim a generalização dos achados a grupos ocupacionais de menor risco e equilibrados entre os gêneros.

As limitações elencadas por Milliard, (2020) são: (i) dificuldade de generalização pelo fato da intervenção ter sido implementada em apenas um batalhão de polícia; (ii) a intervenção foi realizada em uma cidade que tem um programa de apoio por pares robusto e bem-sucedido, com apoio de chefes; e (iii) o pesquisador é policial e membro da equipe de apoio aos pares.

Filip e Aleksandar (2019) encontraram como limitações: (i) a incapacidade de monitorar a dieta após as atividades de treinamento, especialmente durante os finais de semana, quando a maioria dos participantes viajava para suas cidades natal; (ii) amostra do estudo foi relativamente pequena e apenas com

homens, dificultando generalizações; (iii) os efeitos das palestras não foram testados, portanto, as conclusões não podem ser feitas com base na análise quantitativa; e (iv) o treinamento poderia ser aprimorado com a aplicação de tecnologias modernas, monitorando índices fisiológicos, como frequência cardíaca, pressão arterial, nível de açúcar, qualidade do sono, calorias, etc.

As limitações encontradas por DeNysschen et al. (2018) foram no escopo do controle da intervenção. Ao longo da execução dos exercícios, não houve monitoramento das contagens, ficando sob responsabilidade dos participantes, além de não ter havido método formal para avaliar a precisão no relato quando os participantes indicaram que apresentavam lesão ou dor que adiaram seu desempenho durante o teste de atividade física. No mesmo sentido, Stanek et al. (2017) encontraram como limitação a ausência de alguém fisicamente presente durante cada sessão de exercício do treinamento para garantir que os exercícios corretivos fossem realizados como prescritos.

A pesquisa sobre a intervenção implementada por Sommerfeld et al. (2017) indica que há diversas limitações, incluindo a perda do controle da pesquisa ditada pela natureza ativa e aplicada dessa pesquisa. Além disso, o artigo afirma que os dados atuais da pesquisa são incapazes de auxiliar com conclusões sobre os resultados da intervenção e só podem aconselhar conclusões sobre viabilidade ou aceitabilidade da intervenção com uma população de combate a incêndios.

O desenho quase-experimental do estudo proposto por Romosiou et al. (2019) não permite generalização do resultado. Os dois grupos podem ter sido compostos por policiais motivados que colaboraram com o líder e aproveitaram muito a intervenção. Szeto et al. (2019) elencam como limitação que o tempo de *follow-*

-up não foi sempre o mesmo em todos os estudos, não havendo estudo follow-up após o período de três meses. Joyce et al. (2018) identificaram como limitações: (i) a ausência de grupo controle; (ii) amostra pequena e homogênea; (iii) ausência de estudo *follow-up*; e (iv) uso de medidas de autorrelato para resiliência e técnicas.

Maran et al. (2018) elencaram como limitações: (i) ausência de um grupo controle; (ii) não houve mensuração de outras variáveis, como mudanças organizacionais e ocupacionais; (iii) pouca amostra em uma das aplicações dos questionários, devido ter sido aplicados no período de retorno das férias, quando os níveis de estresse estão diminuídos; (iv) não foram consideradas variáveis como gênero e sensação de pertencimento; e (v) a maior parte dos participantes são mulheres, enquanto metade dos policiais da instituição são homens.

Dentre as limitações do programa REACT, implementado por Marks et al. (2017), está a falta de poder estatístico, que limitou a oportunidade de relatar o impacto do treinamento REACT nas variáveis: de autoeficácia geral, resiliência e atitudes. Além disso, pessoas que optaram por participar desse treinamento provavelmente são as mesmas que participaram em momento anterior, assim não haveria variabilidade na amostra. Esse viés de seleção também se estende às variáveis testadas, além disso, nem todos os participantes completaram as avaliações.

Os resultados do estudo de Leary et al. (2020) podem não ser generalizáveis para outros ambientes, como áreas rurais com recursos limitados, populações minoritárias ou empresas de bombeiros que não têm o compromisso da liderança com o programa. Além disso, uma limitação significativa desse estudo piloto foi o pequeno tamanho da amostra. Por fim, dois estudos não citaram limitações (Leduc et al. 2021; Stone et al., 2020).



## Discussão referente a programas de promoção da saúde na Segurança Pública

Os programas de intervenção de promoção de saúde encontrados nesta revisão centram-se no desenvolvimento de habilidades pessoais, enquanto ações relativas à construção de ambientes saudáveis, fortalecimento comunitário e políticas públicas saudáveis não foram identificados. Os estudos identificados se mostraram eficazes em diversos âmbitos, tanto no desenvolvimento de competências, quanto na promoção de bem-estar físico e psicológico. Os estudos encontrados descrevem intervenções em promoção da saúde mental e em diversos âmbitos da saúde física.

Como desenvolvimento de competências, há o treinamento de resiliência, que ocorreu por meio de diferentes intervenções e em diferentes contextos (Chitra & Karunanidhi, 2021; Joyce et al., 2018; Joyce et al., 2019; Marks et al., 2017; Romosiou et al., 2019; Szeto et al., 2019). Em todos os achados, o treinamento de resiliência contribuiu para o bem-estar psicológico. Dessa forma, esse tipo de intervenção pode ser utilizada visando a promoção de saúde mental.

Algumas intervenções (DeNysschen et al., 2018; Filip & Aleksandar, 2019; Leary et al., 2020; Leduc et al., 2021; Maran et al., 2018; Stanek et al., 2017; Stone et al., 2020) foram feitas visando a promoção da saúde física e, em todas elas, houve melhoria em aspectos relacionados à qualidade de vida dos participantes. Esse fato é interessante, já que o público-alvo dessas intervenções, policiais e bombeiros, muitas vezes, já possuem um treino de aptidão física regular. Contudo, os achados das intervenções nessa

área da promoção da saúde física ilustram a importância, dadas as melhorias encontradas, de um treino orientado e constante.

As intervenções visando ao bem-estar psicológico (Joyce et al., 2018; Leduc et al., 2021; Marks et al., 2017; Milliard, 2020; Romosiou et al., 2019; Sommerfeld et al., 2017) foram desenvolvidas por meio de muitos métodos diferentes, mas se mostram eficazes na melhoria de componentes relacionados à qualidade de vida. Dentre esses componentes se destacam: (i) o apoio entre pares; (ii) mudanças na autoeficácia; (iii) habilidade de aceitação; e (iv) empatia. Quando mensurados, houve melhoras nesses componentes, que favorecem o bem-estar tanto laboral, quanto extra-laboral.

Sugere-se que as intervenções sejam mais difundidas institucionalmente, de forma que haja ampla divulgação e encorajamento dos comandantes para a participação dos programas, dado que muitas pesquisas (Chitra & Karunanidhi, 2021; Joyce et al., 2018; Joyce et al., 2019; Leary et al., 2020; Milliard, 2020, ) tiveram como limitação a amostra reduzida e pouco generalizável. Sommerfeld et al. (2017) ressaltam a importância de que as intervenções de bem-estar sejam específicas para a categoria profissional e focadas em programas endossados por organizações ligadas aos bombeiros e apoiadas por supervisores de gestão e linha de frente.

Ressalta-se que os números de artigos encontrados nesta revisão de literatura nos anos de 2021 e 2022 podem ser considerados reduzidos se comparados aos anos anteriores. No entanto, uma variável que pode ter contribuído para esse número pouco expressivo é a pandemia da COVID-19, que foi declarada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde.

Dessa forma, pode ter havido atraso nos resultados e na implementação das intervenções, especialmente durante o início da pandemia, em que houve acentuado isolamento social e necessidade de adaptação dos processos de trabalho.

Na realidade da Segurança Pública brasileira, há literatura que reforça a importância de estratégias para promover o bem-estar, assim como o fortalecimento da rede de apoio social, conseqüentemente, aumentando a qualidade de vida (Babolim et al., 2019; Souza et al., 2012). Estes achados corroboram os achados da presente revisão de literatura.

A revisão de literatura elaborada no presente capítulo contribuiu no sentido de descrever, analisar e sintetizar o que vem sendo feito nos últimos cinco anos em relação à promoção de saúde com profissionais da segurança pública em âmbito global. As descrições e análises feitas podem auxiliar de forma teórica e prática para a estruturação de intervenções na área da segurança pública em contexto brasileiro, já que detalham os métodos, além de evidenciarem tanto os aspectos positivos, quanto os aspectos desafiadores das intervenções implementadas. Permitem, ainda, a consulta aos manuscritos referenciados, como forma de melhorar a compreensão das intervenções e seus métodos. Isto pode ensejar a realização de estudos de replicação e viabilidade de implementação.

## Propostas de Intervenção para promoção da saúde dos profissionais da segurança pública

Propõe-se como intervenção que sejam instaurados Programas de Apoio entre Pares, visto que essa é uma ação promotora de bem-estar, de forma que os próprios profissionais estejam em um papel protagonista no próprio cuidado. Ademais, esse programa poderia contribuir para reduzir estigmas relativos à saúde mental, ainda muito presentes na área da segurança pública, bem como na população em geral.

Sugere-se que treinos de aptidão física sejam implementados no sentido de promover saúde, já que os dados encontrados corroboram com a ideia de que os treinos feitos de maneira adequada e com supervisão têm impactos importantes no bem-estar físico e, também, no bem-estar psicológico. Além disso, os momentos dos treinos podem ser utilizados como espaço para a formação e estreitamento de vínculos e, por consequência, fortalecimento da rede de apoio social.

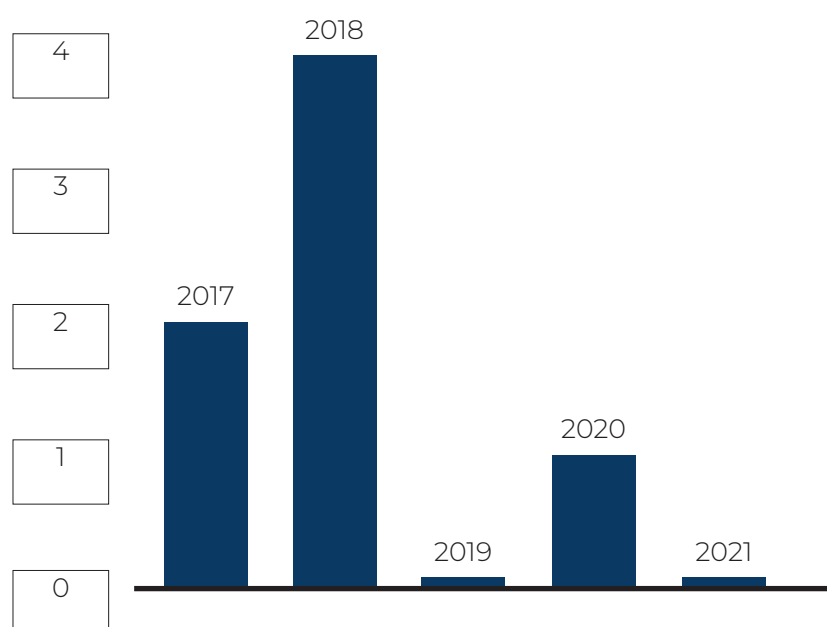
## Resultados Referentes a Programas de Prevenção Primária em Saúde na Segurança Pública

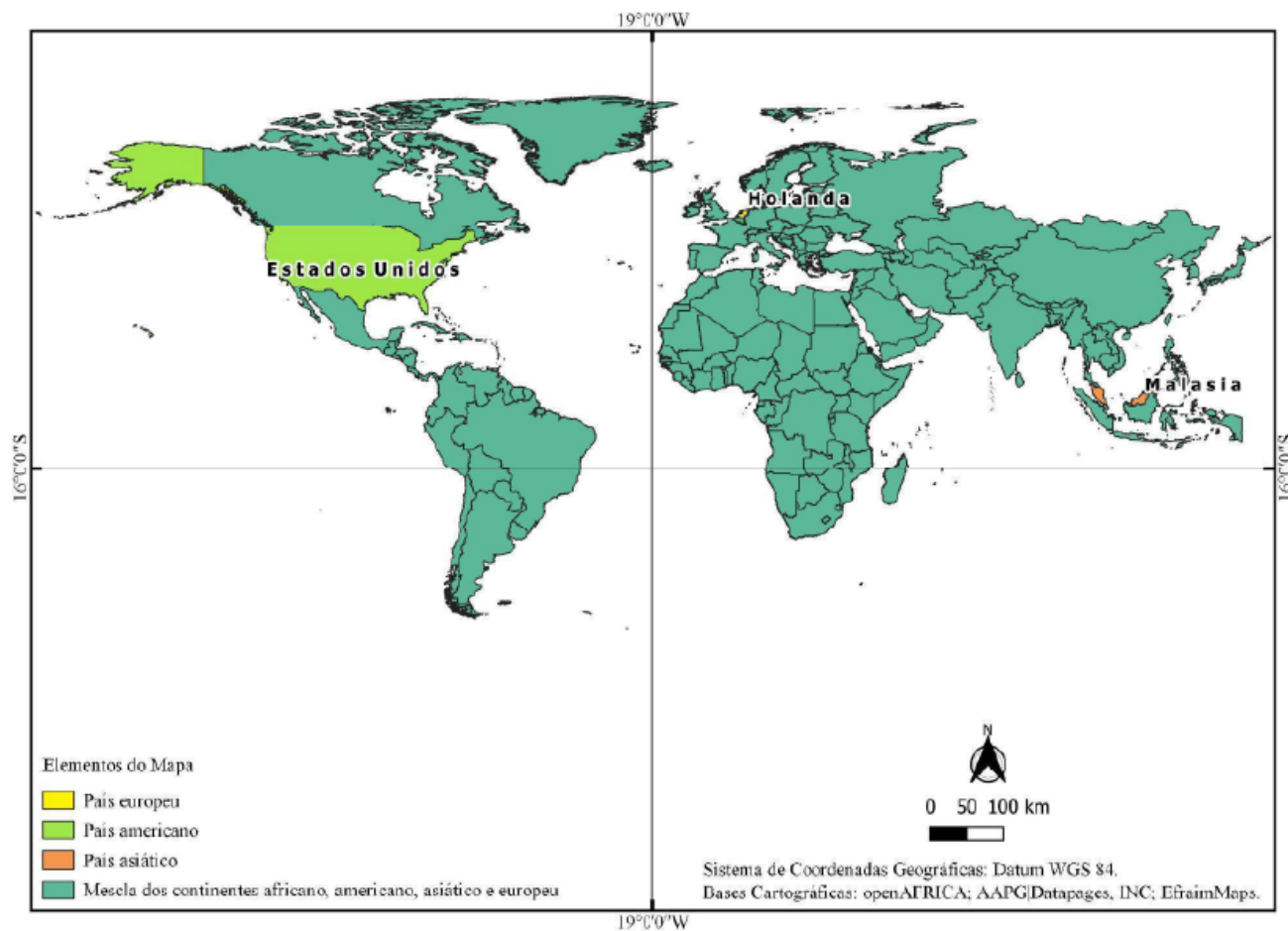
Esta seção contou com uma amostra final de 7 estudos (Beer et al., 2017; Burgess et al., 2020; Getty et al., 2018; La Reau et al., 2018; Pollack et al., 2017; Poplin et al., 2018; Rasdi et al., 2018) que versam sobre programas de prevenção primária das forças de segurança (policiais e bombeiros) voltados para a proteção específica de condições particulares ou específicas. O número de estudos voltados ao tema foi maior no ano de 2018, com quatro artigos (Getty et al., 2018; La Reau et al., 2018; Poplin et al., 2018; Rasdi et al., 2018), seguido de 2017, com dois artigos (Beer et al., 2017; Pollack et al., 2017) e 2020, com um artigo (Burgess et al., 2020). Não foram encontrados artigos nos anos de 2019 e 2021. A Figura 5 demonstra a produção acadêmica internacional.

**Figura 5**

*Número de estudos internacionais sobre programas de proteção específica*

*Nota. Elaborada pelos autores.*





**Figura 6**

*Localização geográfica dos países onde foram feitas intervenções para proteção específica*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

## Características gerais da implementação dos programas de prevenção primária

Os estudos abordando programas de proteção específica foram realizados na América do Norte, Europa e Ásia. Os Estados Unidos é o país com o maior número de estudos com 71,4% (Burgess et al., 2020; Getty et al., 2018; La Reau et al., 2018; Pollack et al., 2017; Poplin et al., 2018) abordando programas de proteção específica. Os dois países restantes nos quais foram localizados estudos com o recorte mencionado foram a Holanda (Beer et al., 2017) e a Malásia (Rasdi et al., 2018), com um estudo em cada país totalizando 14,3%. A Figura 6 demonstra a localização espacial de cada país nos continentes.

Percebe-se que o interesse investigativo por esse campo é predominante na América do Norte, conforme apresentado, já que contempla mais da metade dos estudos encontrados; todos nos Estados Unidos (EUA). Não consta na amostra selecionada qualquer estudo no contexto de países da América Central, América do Sul, África ou Oceania que preencham os critérios estabelecidos.

Ao todo, 28,6% das publicações reunidas (Beer et al., 2017; Rasdi et al., 2018) ocorreram em um país de continentes diversificados: Malásia (Ásia) e Holanda (Europa). Apesar da baixa representatividade individual dos países em que se implementaram intervenções relacionadas à proteção específica, a diversidade de continentes pode demonstrar uma tendência de crescimento global na preocupação com o aspecto preventivo das forças de segurança.

Os achados para as duas forças de segurança já descritas demonstram uma tendência numérica maior nas intervenções de proteção específica com as forças de segurança da categoria bombeiros em relação à categoria policial. A intervenção de proteção específica com a categoria policial foi feita na Malásia (Rasdi et al., 2018), enquanto todas as outras publicações, que englobam a América do Norte e a Europa, foram feitas com a categoria bombeiros (Beer et al., 2017; Burgess et al., 2020; Getty et al., 2018; La Reau et al., 2018; Pollack et al., 2017; Poplin et al., 2018).

A questão costuma ser dimensionada por um número expressivo de pesquisadores. Geralmente, o processo investigativo conta, em média, com aproximadamente sete pesquisadores, mas variando de três a 17 colaboradores nos trabalhos. Em casos isolados, a contribuição de terceiros pode ser muito su-

perior, especialmente, quando todo um grupo de pesquisa está envolvido na concepção do desenho da pesquisa. Em termos de coautoria, a maioria possui vínculo direto com as instituições acadêmicas. Um razoável percentual advém das próprias forças de segurança, enquanto que um pequeno percentual de pesquisadores advém de empresas privadas.

## Características das Intervenções de prevenção primária

Cada uma das intervenções descritas nos estudos encontradas no escopo da proteção específica foi nomeada ou apresentou sua temática explorada e teve seus objetivos descritos. A Figura 7 apresenta graficamente as intervenções implementadas por meio de categorias.

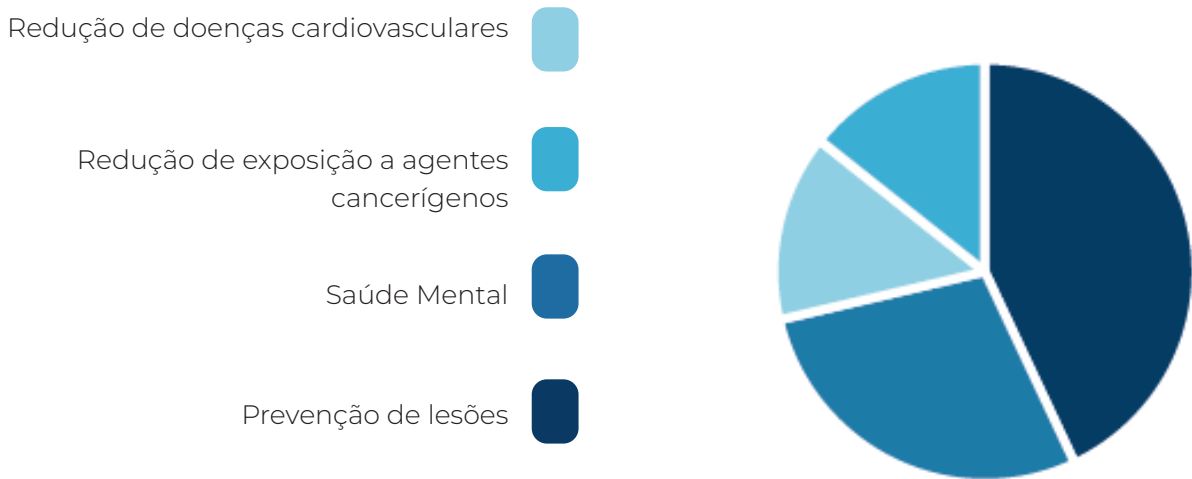
Dos achados, 42,9% dos artigos são relacionados à proteção específica de lesões físicas (La Reau et al., 2018; Pollack et al, 2017; Poplin et al, 2018). Uma das intervenções encontradas foi denominada *O2X Training Program* (La Reau et al., 2018) e os objetivos desta intervenção eram: i) favorecer condicionamento físico e saúde de bombeiros ativos; ii) diminuir prevalência de lesões em bombeiros ativos; e iii) contribuir para redução de custos. Outros dois artigos encontrados usavam como temática das intervenções o termo *Risk Management* (RM), que será traduzido como Gestão de Risco. O primeiro deles em ordem cronológica de publicação (Pollack et al, 2017) teve como objetivos: i) estudar a implementação de gestão de riscos para futura replicação; e ii) documentar mudanças no conhecimento, atitudes e comportamentos dos bombeiros relacionados às estratégias de controle selecionadas que foram implementadas como parte do processo de gestão de riscos. A segunda intervenção na temática da Ges-



tão de Risco (Poplin et al, 2018) teve como objetivos principais: i) avaliar a eficácia de um programa de gestão de risco proativo do corpo de bombeiros destinado à redução de lesões de bombeiros e ii) os custos associados a essa intervenção.

Em relação ao manejo de estresse e quadros de transtornos mentais, 28,6% (Rasdi et al., 2018; Beer et al., 2017) dos artigos encontrados abordaram essa temática. A intervenção foi denominada *Occupational Safety and Health website* (Rasdi et al., 2018) e teve como objetivos principais i) determinar fatores de risco do clima de segurança psicossocial e ii) mensurar a eficácia de um site de segurança personalizado na melhora do clima de segurança. Por fim, a intervenção com a temática denominada *Virtual agent-mediated appraisal training* (Beer et al., 2017) teve como objetivos: i) estimar mudança no estilo de processamento orientado a dados (associado ao TEPT) para o processamento conceitual e ii) melhorar as classificações subjetivas de habilidade e confiança dos indivíduos.

Foi encontrada uma intervenção (14,3%), com a temática definida pelo seguinte termo: *Circuit Training* (Getty et al., 2018) cujo objetivo principal foi focar na saúde vascular e na redução dos riscos de doenças cardiovasculares. Ainda, foi encontrado um estudo (14,3%) sobre a implementação de uma intervenção com a temática definida por *Evaluation of Interventions* (Burgess et al., 2020) cujos objetivos principais foram: i) reduzir ou mitigar a exposição a agentes cancerígenos e ii) redução da concentração de biomarcadores tóxicos no corpo dos bombeiros.



**Figura 7**

*Estudos de proteção específica conduzidos com as polícias e bombeiros*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

A Tabela 3 sintetiza os dados dos artigos analisados, enfatizando a autoria dos estudos, o tema, objetivo e conteúdo das intervenções implementadas e os principais resultados encontrados.

**Tabela 3**

*Características de programas de intervenção classificados em proteção específica*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
Rasdi et al., 2018; Website com informações sobre segurança ocupacional; Melhoria do clima de segurança psicossocial	Os policiais selecionados previamente foram abordados e informados da pesquisa sendo fornecido acesso ao website via login. A intervenção consistiu no acesso ao website com informações sobre segurança e saúde ocupacional relacionadas às atividades de policiais, bem como vídeo com informações sobre estresse	O clima de segurança psicossocial (CSP) aumentou significativamente após a intervenção. A segurança psicológica da equipe e o clima de segurança física foram positivamente correlacionadas com o CSP, sendo que somente o clima de segurança física explicou a CSP

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Beer et al., 2017; Promover avaliações mais positivas pelos participantes após a apresentação de vídeos sobre situações de risco, bem como induzir mudança no estilo de processamento orientado a dados (associado ao TEPT) para o processamento conceitual (mais saudável)</p>	<p>Apresentação de 24 vídeos de situações potencialmente traumáticas, que podem induzir a manifestação reflexivas de sintomas de TEPT e de memórias intrusivas, sendo informado o contexto e perspectiva a se ter em conta durante a sessão e posterior avaliação das situações pelos participantes</p>	<p>Não foi verificada mudança no estilo de processamento e no número de palavras (sendo observada tendência de diminuição por análise gráfica). Foi verificada melhora nas medidas de habilidade</p>
<p>Burgess et al., 2020; Propuseram duas intervenções, uma direcionada à atuação no campo de fogo e procedimentos após a saída dos bombeiros e outra consistia em fazer sauna após exposição ao fogo. Objetivou-se promover redução da exposição a agentes cancerígenos ou mitigação pós exposição</p>	<p>1- Utilização de Aparelho Respiratório Isolante de Circuito Aberto por engenheiros e investigadores da causa do incêndio, limpeza superficial dos equipamentos antes de sua retirada, descontaminação da pele e isolamento dos equipamentos contaminados no retorno à base, bem como limpeza adicional do equipamento na base;</p> <p>2- Permanência durante 20 minutos em sauna a 49°C e ducha após a saída do campo de fogo</p>	<p>As medidas foram efetivas no geral: na intervenção 1, a redução foi de 40% na variável medida para engenheiros, um pouco menos em combatentes e não significativa em capitães. Para a intervenção 2, a redução foi de 40%, porém não significativa</p>

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Getty et al., 2018; Treinamento físico (circuito); Promoção da saúde vascular e aptidão de bombeiros e não bombeiros</p>	<p>Três treinos por semana durante 4 semanas com 6 estações feitas 3 vezes por treino. Houve período de familiarização com os exercícios previamente ao início dos treinos. As 6 estações consistiram em: carregar peso de 18,14 kg por 30,48 m; subir degraus por 3 min; postura de prancha por 45 s; carregar peso de 9,07 kg andando rápido por 30,48 m; ficar em um pé só com as duas pernas de forma alternada até cessar o equilíbrio; subir e descer 30 degraus carregando peso de 6,8 kg</p>	<p>O treinamento promoveu melhora nas medidas de saúde vascular (dilatação mediada por fluxo da artéria braquial, espessura íntima-média da artéria carótida e pressão de pulso), sendo maior o efeito no grupo dos bombeiros; redução da pressão sanguínea braquial e central em ambos os grupos de forma semelhante</p>
<p>La Reau et al., 2018; Treinamento físico; Aumentar a performance e níveis de indicadores de saúde em bombeiros e, a longo prazo, diminuir prevalência de lesões e diminuir custos com saúde</p>	<p>Programa de treinamento físico de 90 min durante 4 dias por semana por 16 semanas. Cada sessão consistia em períodos de preparação (ativação isométrica, ativação de cadeias musculares e alinhamento anatômico), treino de resistência e força (movimentos para aumentar a velocidade de extensão tripla, de empurrar-puxar as partes inferior e superior do corpo e de condicionamento horizontal e vertical que demandam os sistemas de energia aeróbica e anaeróbica) e recuperação (rolamento em rolo de espuma e alongamento estático)</p>	<p>Melhora na aptidão física em mais de 89% dos casos, sendo que em 8 semanas já havia melhora de forma não exaustiva; redução nas lesões; benefícios do programa superaram os custos</p>

Estudo, tema e objetivo da intervenção

Conteúdo da intervenção

Principais resultados

Pollack et al., 2017; Gestão de riscos; Reduzir a ocorrência de lesões ocupacionais nos trabalhadores do corpo de bombeiros durante a execução de exercícios físicos, transporte de pacientes e combate à incêndios

São 3 fases deste processo de intervenção que durou 3 anos: definição do escopo de perigo, avaliação de risco e implementação de controles de prevenção (por ao menos 2 anos) As estratégias de controle consistiram em: atualizar e retirar equipamentos de exercício, bem como realizar manutenção mensal, alteração no programa de exercícios e ampliação da atuação do treinador físico, atualização dos requisitos de condicionamento físico; introdução de prancha de deslizamento e cinto para carregar/transferir pacientes; instalação de mecanismo elevatório para colocar pacientes em macas das ambulâncias; mudanças no procedimento de ressuscitação cardiopulmonar; empoderamento do oficial de segurança para retirada do serviço de membro que não estivesse utilizando o equipamento de proteção individual corretamente; mudanças nos procedimentos pós exposição ao fogo; colocação de avisos para alertar sobre os riscos; estratégias educacionais, como atualizações durante as conversas matinais e novo website

Por meio do estudo buscou-se avaliar se as medidas foram percebidas ou passaram a ser utilizadas pelos integrantes do corpo de bombeiros durante o desempenho de suas atividades por meio de questionários, mas não houve mensuração da efetividade das medidas na redução da ocorrência de lesões ocupacionais. A percepção sobre as medidas variou de 60 a 85% e adesão às medidas variou de 14,6 a 51,3% considerando as 3 pesquisas feitas após a implementação das medidas

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Poplin et al., 2018; Gestão de riscos; Reduzir a incidência de lesões e custos associados</p>	<p>São 3 fases deste processo de intervenção que durou 3 anos: definição do escopo de perigo, avaliação de risco e implementação de controles de prevenção. As medidas para prevenção de incidência de lesões consistiram na adaptação e reformulação de procedimentos operacionais padrões e foram: melhoria dos equipamentos e instalações para a prática de exercícios físicos, aumento do papel dos treinadores físicos e revisão e atualização dos procedimentos operacionais padrões dos exercícios físicos; testagem dos dispositivos de transferência de pacientes, estabelecimento de rodízio durante os procedimentos de compressão peitoral durante ressuscitação cardiorespiratória e atualização do módulo educacional sobre transporte de pacientes para bombeiros durante o período probatório; melhoria nos protocolos e implementação de medidas para promover a adesão dos bombeiros nos procedimentos de recuperação pós exposição ao fogo e instalação de lembretes visuais acerca da saúde e segurança</p>	<p>Houve redução média anual pós-intervenção nas lesões (13%), indenização dos trabalhadores (30%) e custos de sinistros (21%). As taxas médias mensais de lesão comparando o período pós-intervenção em relação à pré-intervenção não apresentaram alterações estatisticamente significativas</p>

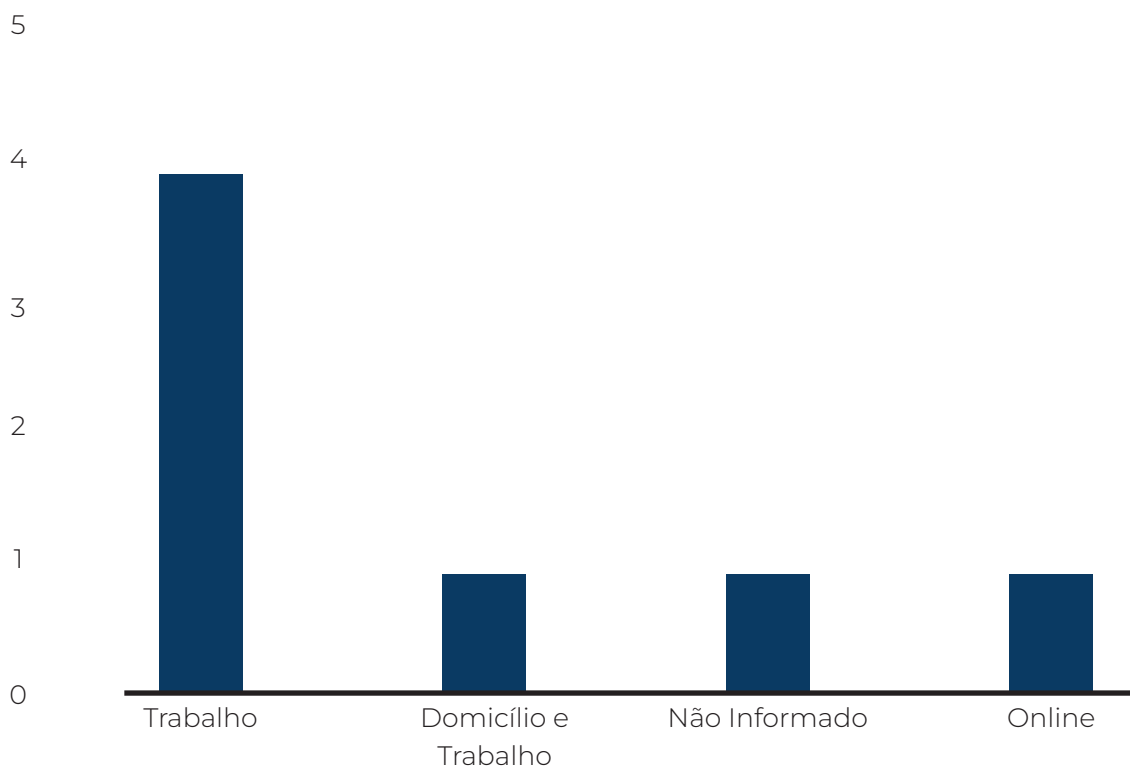
## Contextos de Implementação das intervenções de prevenção primária

Das intervenções descritas nos artigos que fizeram parte do levantamento 57,1% foram implementadas apenas no próprio local físico do trabalho (Burgess et al., 2020; Getty et al., 2018; Pollack et al., 2017; Poplin et al., 2018). Em um dos artigos (La Reau et al., 2018) foi descrita uma intervenção que foi aplicada no ambiente domiciliar e no próprio trabalho, ou seja, apenas 14,3% do total das intervenções aplicadas. Uma das intervenções (14,3%) foi aplicada em um contexto virtual, por meio de um *website* (Rasdi et al., 2018). Por fim, em um dos artigos (Beer et al., 2017) não há especificação do local de aplicação da intervenção (14,3%). A Figura 8 apresenta o local de intervenção.

**Figura 8**

*Locais de aplicação das intervenções para proteção específica*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



## Público-alvo e Responsáveis pelas Intervenções de prevenção primária

O público-alvo das intervenções foram, em sua maioria, bombeiros, com seis estudos (85,7%; Beer et al., 2017; Burgess et al., 2020; Getty et al., 2018; La Reau et al., 2018; Pollack et al., 2017; Poplin et al., 2018), e um estudo (14,3%) foi voltado a policiais na Malásia (Rasdi et al., 2018). Não foi encontrada aplicação de medidas para as duas forças conjuntamente em nenhum dos estudos. Das intervenções realizadas com bombeiros, cinco foram feitas nos Estados Unidos da América (Burgess et al., 2020; Getty et al., 2018; La Reau et al., 2018; Pollack et al., 2017; Poplin et al., 2018) e uma na Holanda (Beer et al., 2017).

Alguns estudos (Getty et al., 2018; Poplin et al., 2018; Rasdi et al., 2018; 42,9%) foram conduzidos por pesquisadores vinculados a universidades, duas das intervenções (Getty et al., 2018; Poplin et al., 2018) foram conduzidas por pesquisadores de mais de uma Universidade dos Estados Unidos; um outro estudo (Rasdi et al., 2018) foi conduzido por pesquisadores da *Universiti Putra Malaysia*.

Uma das intervenções (La Reau et al., 2018) foi conduzida por uma empresa privada dos Estados Unidos, enquanto que também uma intervenção ocorrida na Holanda (Beer et al., 2017) não contempla a informação sobre o responsável pela intervenção. Duas intervenções foram conduzidas pelos próprios corpos de bombeiros, ambas ocorreram nos Estados Unidos (Burgess et al., 2020; Pollack et al., 2017).



## Métodos das Intervenções de prevenção primária

Em Beer et al. (2017) a intervenção foi feita por meio da apresentação de 24 vídeos de situações potencialmente traumáticas, que podem induzir a manifestação reflexiva de sintomas de TEPT e de memórias intrusivas, sendo informado o contexto e perspectiva a se ter em conta durante a sessão e posterior avaliação das situações pelos participantes. Burgess et al. (2020) implementaram duas intervenções, uma direcionada à atuação no campo de fogo e procedimentos após a saída dos bombeiros; outra consistia em fazer uma sessão de sauna infravermelha após exposição ao fogo. Objetivou-se promover redução da exposição a agentes cancerígenos ou mitigação pós exposição. Os instrumentos utilizados e procedimentos adotados nas intervenções foram os seguintes: i) Aparelho Respiratório Isolante de Circuito Aberto por engenheiros e investigadores da causa do incêndio, limpeza superficial dos equipamentos antes de sua retirada, descontaminação da pele e isolamento dos equipamentos contaminados no retorno à base, bem como limpeza adicional do equipamento na base e ii) permanência durante 20 minutos em sauna a 49°C e ducha após a saída do campo de fogo.

A intervenção conduzida por Getty et al. (2018) consistia em três treinos por semana, durante quatro semanas, com seis estações feitas. Cada uma dessas estações foi repetida três vezes por treino. Houve período de familiarização com os exercícios previamente ao início dos treinos. As seis estações consistiram em: carregar peso de 18,14 kg por 30,48 minutos; subir degraus por três minutos; postura de prancha por 45 segundos; carregar peso de 9,07 kg andando rápido por 30,48 minutos; ficar em um pé só com as duas pernas de forma alternada até cessar o equilíbrio; subir e descer 30 degraus carregando peso de 6,8 kg.

Um programa de treinamento físico foi conduzido por La Reau et al. (2018). Foram treinos de 90 minutos, realizados em quatro dias por semana, durante o período de 16 semanas. Cada sessão consistia em períodos de *preparação* (ativação isométrica, ativação de cadeias musculares e alinhamento anatômico), *treino de resistência e força* (movimentos para aumentar a velocidade de extensão tripla, de empurrar-puxar as partes inferior e superior do corpo e de condicionamento horizontal e vertical que demandam os sistemas de energia aeróbica e anaeróbica) e *recuperação* (rolamento em rolo de espuma e alongamento estático).

Os pesquisadores Pollack et al. (2017) desenvolveram uma das partes de um processo de intervenção que durou três anos: definição do escopo de perigo, avaliação de risco e implementação de controles de prevenção (período mínimo de dois anos). As estratégias de controle consistiram em: atualizar e retirar equipamentos de exercício, bem como realizar manutenção mensal, alteração no programa de exercícios e ampliação da atuação do treinador físico, atualização dos requisitos de condicionamento físico; introdução de prancha de deslizamento e cinto para carregar/transferir pacientes; instalação de mecanismo elevatório para colocar pacientes em macas das ambulâncias; mudanças no procedimento de ressuscitação cardiopulmonar; empoderamento do oficial de segurança para retirada do serviço de membro que não estivesse utilizando o equipamento de proteção individual corretamente; mudanças nos procedimentos pós exposição ao fogo; colocação de avisos para alertar sobre os riscos; estratégias educacionais, como atualizações durante as conversas matinais e novo *website*.

Na intervenção realizada por Poplin et al. (2018), há a continuidade do processo de intervenção descrito no parágrafo anterior. As medidas para prevenção de incidência de lesões consistem na adaptação e reformulação de procedimentos operacionais padrões e foram: melhoria dos equipamentos e instalações para a prática de exercícios físicos, aumento do papel dos treinadores físicos, revisão e atualização dos procedimentos operacionais padrões dos exercícios físicos; testagem dos dispositivos de transferência de pacientes, estabelecimento de rodízio durante os procedimentos de compressão peitoral durante ressuscitação cardiorespiratória e atualização do módulo educacional sobre transporte de pacientes para bombeiros durante o período probatório; melhoria nos protocolos e implementação de medidas para promover a adesão dos bombeiros nos procedimentos de recuperação pós exposição ao fogo e instalação de lembretes visuais acerca da saúde e segurança.

Rasdi et al. (2018) selecionaram policiais previamente e os abordaram, informando da pesquisa e fornecendo o acesso ao *website* via *login*. A intervenção consistiu no acesso ao *website* com informações sobre segurança e saúde ocupacional relacionadas às atividades de policiais, bem como vídeos com informações sobre estresse.

## Avaliação de Resultados dos estudos de prevenção primária

Foram encontradas relações com significância em diversas intervenções apresentadas (Beer et al., 2017; Burgess et al., 2020; Getty et al., 2018; La Reau et al., 2018; Poplin et al., 2018; Rasdi et al., 2018); apenas uma não cita o nível de significância da intervenção (Pollack et al., 2017).

Em relação à proteção específica, La Reau et al. (2018) trazem achados relacionados à redução nas seguintes áreas: chamadas médicas (39%); nos custos com doenças cardiovasculares e câncer (33,3% e 23,4%, respectivamente); lesões no pescoço (20%) e lesões mensais (19%). Poplin et al. (2018) encontraram reduções nas seguintes áreas: indenizações (30%); em sinistros (21%); e em lesões (13%). Getty et al. (2018) perceberam redução na pressão braquial após a intervenção implementada com os participantes. Após a intervenção realizada por Burgess et al. (2020) houve redução nas taxas de PAH-OH urinários nos grupos pesquisados, todavia, a intervenção realizada com as saunas infravermelhas precisa de informações complementares.

Ainda, Rasdi et al. (2018) encontraram forte relação entre clima de segurança físico e a intervenção realizada, apesar de não terem encontrado resultados com significância entre a intervenção, resultados sociodemográficos e patentes. Na intervenção realizada por Beer et al. (2017) não foram identificadas repercussões negativas dos filmes de horror nas emoções ou humor dos participantes da pesquisa. Pollack et al. (2017) perceberam que ocorreram esforços coletivos das guarnições participantes para aprender sobre o projeto visando a redução da ocorrência de lesões ocupacionais em atividades específicas.

## Limitações de estudos de intervenções de prevenção primária

Em relação às limitações, 28,6% dos estudos (Beer et al., 2017; Rasdi et al., 2018) elencam como limitação a amostra ser composta por um número pequeno. Outros dois estudos (Burgess et al., 2020; Getty et al., 2018), o equivalente também a 28,6% dos achados, citam limitações relacionadas a variáveis confundidoras. Pollack et al. (2017) elencam como limitações as barreiras ao uso de estratégias, como melhor necessidade de preparo em relação aos novos protocolos; treinamento para o uso de equipamentos ou mesmo falta de acesso ou de disponibilidade dos equipamentos. Poplin et al. (2018) encontram como limitações a introdução de medidas individuais, que foi feita de forma progressiva ao longo da intervenção, não de forma simultânea. La Reau et al. (2018) elencam como limitações a ausência de coleta de dados referentes a medidas individuais, tanto de lesões, quanto de custos. As limitações encontradas em cada um dos três estudos (Pollack et al., 2017; Poplin et al., 2018; La Reau et al., 2018) são equivalentes a 14,3% das limitações encontradas nas intervenções.

## Discussão referente a programas de prevenção primária na Segurança Pública

Os programas de intervenção de proteção específica encontrados nesta revisão obtiveram resultados interessantes na medida em que se mostraram eficazes em diversos âmbitos, tanto na própria prevenção a riscos ou patologias, quanto na questão orçamentária, já que, em muitos deles, há evidências de redução de custos como ganho secundário à prevenção. Há, no entanto, limitações encontradas. Nesta seção, os resultados das intervenções serão amplamente discutidos.

Os estudos encontrados descrevem intervenções em proteção específica abarcando diversas áreas dessas proteções: prevenção em saúde mental, prevenção de lesões, prevenção de doenças cardiovasculares e prevenção de câncer. Os resultados que foram mais contundentes, talvez por avaliarem construtos que são mais facilmente medidos, são aqueles sobre prevenção de lesões. Percebe-se a importância da adoção de programas que aprimorem a aptidão física como preventores de lesões em ambientes laborais.

Considerando os artigos desta revisão, indica-se a necessidade de estabelecer medidas objetivas para avaliação de intervenções, e não apenas avaliação da percepção dos sujeitos da pesquisa acerca da intervenção, como em Pollack et al. (2017), de forma a subsidiar decisões ou replicações pela comunidade científica ou promotores de políticas públicas. Em estudo recente, Civilotti et al. (2022) trazem informações preocupantes acerca do estado de saúde mental de policiais, avaliando o construto desesperança por meio de escalas psicométricas.

Como desafio para o desenho de intervenções, destaca-se a dificuldade de conseguir engajamento quando a participação é voluntária. Em uma das intervenções, foram apenas 11 participantes (Beer et al.. 2017). Dessa forma, um fator a ser levado em consideração é a inclusão da intervenção na rotina laboral. No caso de programas de intervenções voluntárias, deve-se promover métodos que tenham maior potencial de adesão e manutenção do profissional no programa. Ainda, como são poucas as intervenções na segurança pública, pode haver resistência por parte de potenciais participantes. Assim, a sensibilização prévia ao recrutamento pode contribuir para maior adesão ou permanência de participantes.

Ressalta-se que o número de artigos encontrados nesta revisão de literatura, apenas sete, pode ser considerado reduzido pelo período de tempo levantado. No entanto, uma variável que pode ter contribuído para este número pouco expressivo é a pandemia da COVID-19, que foi declarada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde. Assim, eventuais intervenções programadas podem ter sido adiadas, atrasando a publicação dos resultados. Durante o início da pandemia, devido à necessidade de ajuste aos novos moldes de distanciamento e teletrabalho, muitas revistas científicas pausaram as publicações até que estivessem ajustadas ao novo funcionamento, majoritariamente *online*.

Intervenções que versam sobre a implementação de programas por empresas privadas não se aplicam ao contexto brasileiro, já que a Segurança Pública no Brasil conta com corpo técnico capacitado para conseguir desenvolver intervenções

de formas menos onerosas ao Estado. Além disso, há integração entre outros âmbitos, como por exemplo as parcerias entre órgãos públicos e universidades, de forma que as intervenções científicas e tecnológicas de prevenção não precisem de investimentos privados em larga escala.

Para a replicação ou redesenhos dos estudos na realidade brasileira, deve-se buscar informações junto à equipe gestora das corporações, que, por conhecerem a realidade do cotidiano laboral e dos trabalhadores, podem contribuir na indicação das intervenções com maior potencial de sucesso. Além disso, é fundamental avaliar o custo de implementação e informar o potencial de economia com redução de absenteísmo e custos com saúde ao se indicar intervenções para policiais ou bombeiros, principalmente em contextos recorrentes de restrições orçamentárias.

Destaca-se que não foram encontrados artigos em português com os critérios definidos. No entanto, ao se ampliar a janela temporal, alguns artigos foram encontrados (Murta & Tróccoli, 2007; Ronzani et al., 2007), indicando que há interesse na área de produção nacional. O público-alvo destes dois artigos foram bombeiros, em consonância com a revisão em tela, na qual seis dos sete artigos tiveram profissionais do corpo de bombeiros como público alvo das intervenções.



A intervenção na modalidade *online* pode ser um recurso potencialmente favorável, especialmente no que tange o manejo de estresse e prevenção de psicopatologias específicas. As funcionalidades do virtual permitem que as intervenções sejam feitas, inclusive, no horário livre, sem que os profissionais precisem se deslocar. Nesse sentido, o relato de experiência (Melo & Carlotto, 2017) de uma intervenção realizada na modalidade *online* com bombeiros no Brasil versa sobre a importância de um número de sessões adequado para a efetividade da intervenção. Além disso, elenca-se como limitação o fato de que há a possibilidade de que os bombeiros com maior risco de acometimento por estresse não aceitem participar, portanto, estratégias devem ser pensadas de forma que se alcance o público-alvo.

A revisão de literatura elaborada no presente capítulo contribuiu no sentido de descrever, analisar e sintetizar o que vem sendo feito nos últimos cinco anos em relação à proteção específica com profissionais da segurança pública em âmbito global. As descrições e análises feitas podem contribuir de forma teórica e prática para a estruturação de intervenções na segurança pública em contexto brasileiro, já que fazem descrição detalhada dos métodos, permitindo replicação, além de evidenciar tanto os aspectos positivos, quanto os aspectos desafiadores das intervenções implementadas.

## Propostas de intervenção para prevenção primária para profissionais da segurança pública

Inicialmente, sugere-se um levantamento das demandas dos próprios profissionais da segurança pública, de forma que as intervenções estabelecidas tenham sentido para os próprios participantes, situação que favorece a adesão às intervenções, reduzindo o desafio do número de participantes. Esse levantamento de demandas pode ser feito de forma simples, por meio de questionários aplicados *online*, que podem ser enviados aos e-mails e divulgados nos sites institucionais. Dessa forma, é possível avaliar qual área de proteção específica é mais demandada pelos profissionais: manejo de estresse, psicopatologias, lesões ou outras.

É possível concluir que intervenções *online* para a área de proteção específica de manejo de estresse e psicopatologias têm sido eficazes, portanto, essas intervenções podem ser desenvolvidas em grupos fixos, com turmas, mediados por equipe interprofissional, de forma que além dos benefícios das próprias intervenções terapêuticas em saúde dos profissionais, haja fortalecimento da rede de apoio institucional dos próprios trabalhadores. O modelo *online* permite que esses grupos ocorram frequentemente e que tenham número expressivo de encontros. Sugere-se que a periodicidade e quantidade de encontros do grupo passe por avaliação dos próprios participantes.

As psicopatologias em questão poderiam ser definidas a partir dos achados deste Livro, como: Transtorno Depressivo, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, *Burnout*. Dessa forma, a intervenção teria como finalidade

a proteção ao surgimento ou intensificação dessas psicopatologias, podendo reduzir períodos de licença médica, absenteísmo, gastos com saúde, além de poder propiciar maior qualidade de vida no trabalho.

Destaca-se também a saúde física, sendo que intervenções em forma de programas de exercício para prevenção de lesões e doenças cardiovasculares são indicadas. O treinamento físico é rotineiro na atividade laboral de profissionais da segurança pública. Porém, deve ser avaliado se o que é praticado condiz com as melhores práticas para a prevenção ou se são necessárias modificações para obtenção de maior eficácia. Dessa forma, sugerem-se programas de treinamento supervisionados por equipe técnica capacitada, além destes serem desenvolvidos no próprio horário de expediente, de forma que os profissionais sejam encorajados a participar.

Neste capítulo são apresentadas intervenções que podem ser utilizadas como modelos para replicação ou aplicação com adaptações à realidade brasileira. O potencial desses programas é a promoção da saúde física e mental, além de reduzir custos e despesas médicas e hospitalares, reduzir períodos de licença e promover qualidade de vida no trabalho.

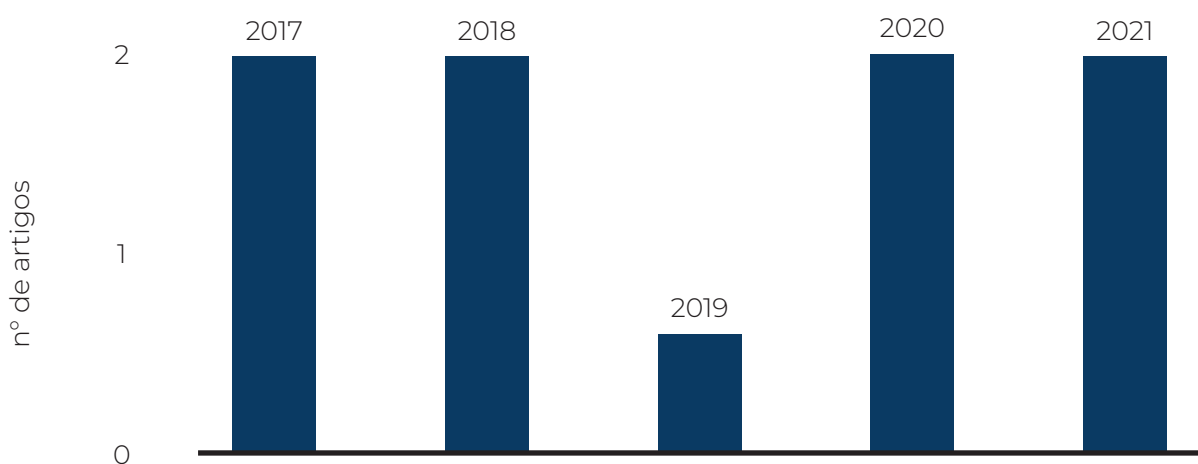
## Resultados Referentes aos Programas de Prevenção Secundária em Saúde na Segurança Pública

Esta seção contou com uma amostra final de nove artigos que versam sobre programas de prevenção secundária das forças de segurança (polícias e bombeiros). Nos últimos cinco anos inteiramente decorridos, o número de estudos voltados ao tema se manteve relativamente estável. Com exceção do observado para o ano de 2019, nos dois anos imediatamente anteriores e posteriores, a produção acadêmica foi constante com dois artigos em cada ano. A Figura 10 mostra a produção acadêmica associada aos programas de prevenção secundária.

**Figura 9**

*Número de estudos sobre programas de prevenção secundária.*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



## Características Gerais da Implementação dos Programas de prevenção secundária

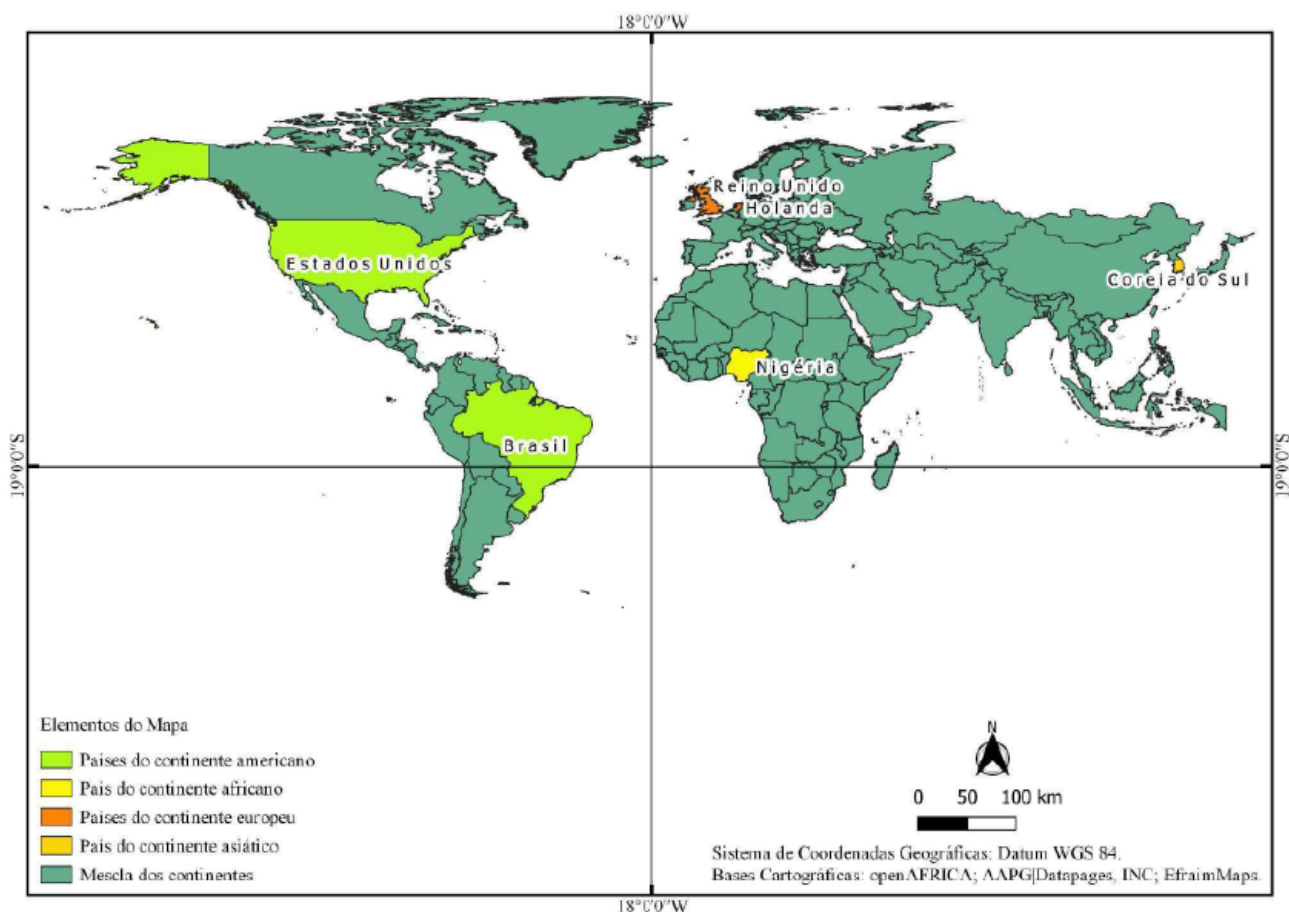
A maior parte dos estudos abordando programas de prevenção secundária foi realizada em países dos continentes americano e europeu. No continente americano, os Estados Unidos é o país que apresenta o maior número de estudos ( $n = 3$ ; 33,3%) com essa temática, seguido pelo Brasil ( $n = 1$ ; 11,1%), acumulando 44,4% dos casos. Na Europa, a Holanda é o país com mais estudos ( $n = 2$ ; 22,2%), acompanhada pelo Reino Unido com 11,1% ( $n = 1$ ), representando 33,3% dos artigos.

Países da Ásia e África, especificamente a Coreia do Sul e a Nigéria, respectivamente, apresentam um número modesto de estudos que exploraram os programas de acolhimento orientados à atenção secundária ( $n = 1$ ; 11,1%). Os percentuais são valores aproximados. A Figura 11 mostra a localização espacial de cada país nos continentes.

**Figura 10**

*Localização geográfica dos países em três continentes.*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



## Objetivo Geral dos Artigos de prevenção secundária

Entre os objetivos estabelecidos nos programas de prevenção secundária em saúde implementados com policiais e bombeiros, na amostra estudada, duas estratégias de evidenciação sobressaem, podendo eventualmente se subdividirem. Primeiro, prevalecem as intervenções com foco na saúde mental dos profissionais. Esses somam sete estudos (Cardoso et al., 2019; Gramlich & Neer, 2018; Hoeve et al., 2021; Jang et al., 2020; Kaplan et al., 2017; Onyishi et al., 2021; Wood et al., 2021), ou seja, aproximadamente 77,8% ( $n = 7$ ) dos casos. Nessa primeira estratégia, os estudos buscam fazer um exame de intervenções adaptadas (Hoeve et al., 2021; Jang et al., 2020; Kaplan et al., 2017; Onyishi et al., 2021; Wood et al., 2021), visando estritamente os fatores de saúde mental (Hoeve et al., 2021; Jang et al., 2020) e fatores que envolvem a saúde mental e ocupacional (Kaplan et al., 2017; Onyishi et al., 2021; Wood et al., 2021). Além disso, alguns trabalhos buscaram descrever canais de intervenções terapêuticas (Cardoso et al., 2019; Gramlich & Neer, 2018). Segundo, além da questão da saúde mental, dois trabalhos trataram de questões de saúde física e ocupacional (22,2%), objetivando avaliar os resultados de saúde e trabalho entre trabalhadores com risco cardiovascular aumentado (Kouwenhoven-Pasmooij et al., 2018) após avaliações de saúde e aconselhamento. E ainda, investigar a eficácia de um programa de intervenção sobre o risco de lesões e o uso do tempo de incapacidade (Sullivan et al., 2017).

## Temas e Objetivos das Intervenções de prevenção secundária

Em geral, o tema das intervenções propaga a prática de saúde adotada com os participantes. Aproximadamente 22,2% ( $n = 2$ ; Hoeve et al., 2021; Kaplan et al., 2017) adotaram o treinamento de resiliência baseado em atenção plena (*mindfulness* - MBRT). O outro meio mais frequente de intervir na saúde dos indivíduos foi através do *coaching* de comportamento emotivo racional (REBC), com cerca de 22,2% ( $n = 2$ ; Onyishi et al., 2020; Wood et al., 2020). Em conjunto, as duas terapias de assistência em saúde foram direcionadas prioritariamente às forças policiais.

Entre as formas mais esparsas de intervenção, há situações de saúde mediadas por terapia de exposição baseada na exposição imaginária, cognitiva para depressão e a ativação comportamental (Gramlich & Neer, 2018); intervenção prospectiva em nível de estação randomizada, baseada em campo no âmbito de um programa de saúde do sono (PSE) (Sullivan et al., 2017); terapia do bombeiro para insônia e pesadelos (FIT-IN) (Jang et al., 2020); grupo terapêutico para manejo de estresse (Cardoso et al., 2019), e ainda, intervenção de estilo de vida de cuidados mistos (PerfectFit) (Kouwenhoven-Pasmooij et al., 2018). A Tabela 4 sintetiza os artigos considerando a autoria dos estudos, o nome, objetivo e conteúdo das intervenções implementadas e os principais resultados encontrados.

**Tabela 4**

*Características de programas de intervenção classificados em prevenção secundária*

*Nota. Elaborada pelos autores.*

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Cardoso et al. (2019).</p> <p>Temas: Estresse, manejo do estresse, habilidades sociais e de comunicação e assertividade.</p> <p>Objetivo: Buscar por um melhor enfrentamento dos indivíduos perante situações estressoras.</p>	<p>Apresentações, reflexões e discussões sobre os temas, respiração diafragmática, resumos dos encontros anteriores, ensino de automonitoramento, exercícios de mindfulness, folha de orientações sobre <i>mindfulness</i>, dinâmicas e exercícios.</p>	<p>Redução dos sintomas de estresse, quanto das temáticas trabalhadas e formato do grupo.</p>
<p>Hoeve et al. (2021)</p> <p>Tema: Manejo de estresse</p> <p>Objetivos: O objetivo principal da intervenção foi diminuir os níveis de estresse. Em consequência disso, esperava-se mudanças na atenção e em habilidades de aceitação (autocompaixão, não-julgamento e não-reatividade). Como objetivos secundários, têm-se efeitos positivos na resiliência, nos distúrbios de sono, nos afetos positivos, nos sentimentos de felicidade e na habilidade de trabalho. Além disso, esperava-se uma melhora na consciência plena, na atenção e na autocompaixão.</p>	<p>Escaneamento corporal, meditação sentada, meditação "object", meditação caminhada, meditação através do olhar, sons e meditação guiada, meditação através da respiração, espaçamento da respiração em 3 minutos, ioga de atenção plena, áudio-livro com informações adicionais sobre atenção plena e deveres de casa.</p>	<p>Após a intervenção, os policiais melhoraram significativamente e substancialmente o estresse (resultado primário), as facetas da consciência plena (variáveis explicativas) e os resultados secundários relacionados, incluindo queixas somáticas, distúrbios do sono, afeto positivo, felicidade e capacidade de trabalho, enquanto em período de linha de base, as medidas de resultado não mudaram. Os efeitos permaneceram significativos ou melhoraram ainda mais durante o período de acompanhamento.</p>



Estudo, tema e objetivo da intervenção

Conteúdo da intervenção

Principais resultados

Gramlich et al. (2018)

Temas: Valores pessoais, eventos traumáticos vividos, depressão e pensamentos invasivos.

Objetivos: Fortalecer a conexão entre atividades, recompensa e motivação, bem como ajudar os indivíduos a viver de acordo com seus valores (Ativação Comportamental); Extinção do medo (Terapia de Exposição Imaginária); Aumentar a conscientização sobre os antecedentes ou gatilhos que levaram à ruminação - meditação - e consequências associadas.

Terapia de Exposição Imaginal, Ativação Comportamental e Terapia Cognitiva para Depressão.

Os sintomas de TEPT medidos pela Lista de Verificação [PTSD *Checklist*] de TEPT para DSM-5 (PCL-5) apresentaram uma redução clinicamente significativa de 25 no pré-tratamento para 3 em 2 meses de seguimento, indicando que Ryan não atendia mais aos critérios diagnósticos para TEPT. Além disso, Ryan alcançou uma redução clinicamente significativa no que diz respeito a imagens traumáticas de 21 por semana no pré-tratamento para 0 em 2 meses de seguimento. Os sintomas depressivos medidos pelo Inventário Beck depressão-segunda Edição [*Beck Depression Inventory-Second Edition*] (BDI-II) demonstraram uma diminuição clinicamente significativa de 18 no pré-tratamento para 1 em 2 meses de seguimento, indicando que Ryan não atendia mais aos critérios diagnósticos para depressão.

- A Terapia de Exposição Imaginal pode ter reduzido o número de sessões necessárias para alcançar a extinção do medo e reduzir a ansiedade fora da terapia, em comparação com uma abordagem graduada e mais longa. Segundo, o plano de tratamento teve como alvo seu evento traumático e depois expandiu-se para imagens "horribéis" generalizadas. No caso de Ryan, seu trauma de índice envolvia seu medo central de não ser capaz de salvar seu filho e suas imagens horríveis de outros entes queridos sendo seriamente prejudicados eram seus medos generalizados."

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Jang et al. (2020)</p> <p>Temas: Educação do sono, pesadelos e manter a mudança.</p> <p>Objetivo Melhora dos distúrbios do sono comumente encontrados em bombeiros coreanos (insônia e pesadelos).</p>	<p>Preenchimento de diário do sono, sessões em grupo e sessão individual via telefone.</p>	<p>O programa FIT-IN produziu melhorias nos índices de sono. Houve um aumento significativo na eficiência do sono (<math>p &lt; 0,01</math>), e uma diminuição na latência do início do sono, número de despertares e tempo na cama (<math>p &lt; 0,05</math>), conforme derivado de diários de sono semanais. Além disso, reduções significativas foram mostradas para insônia (<math>p &lt; 0,001</math>) e gravidade do pesadelo (<math>p &lt; 0,01</math>).</p>
<p>Kaplan et al. (2017)</p> <p>Temas: Estressores inerentes ao trabalho policial, incluindo incidentes críticos, insatisfação no trabalho, escrutínio público e desafios interpessoais, afetivos e comportamentais.</p> <p>Objetivo: Reduzir os resultados negativos de saúde, como o esgotamento.</p>	<p>Escaneamento corporal, meditação sentada e caminhada, movimentos de atenção plena e outras práticas da Redução de Estresse Baseada na Atenção Plena (MBSR), discussões e deveres de casa.</p>	<p>Os resultados indicaram que mudanças na resiliência mediaram parcialmente a relação entre <i>mindfulness</i> e <i>burnout</i> e que o aumento do <i>mindfulness</i> foi relacionado ao aumento da resiliência, o que, por sua vez, foi relacionado à diminuição do esgotamento.</p>

Onyishi et al. (2021)

Temas: Saúde ocupacional, satisfação de vida, felicidade, afetos positivos, manejo de riscos e psicologia positiva.

Objetivo: O REOHC tem como objetivo combater percepções negativas das experiências de trabalho, substituindo cognições negativas por mais positivas e funcionais, facilitando o auto-coaching para a gestão de futuros desafios ocupacionais através da teoria da Terapia Comportamental Emotiva Racional (REBT). O principal objetivo do REOHC é usar a REBT para desafiar e questionar crenças irracionais e disfuncionais presentes no trabalho dos funcionários, substituindo-as por crenças mais sensatas e funcionais.

*Coaching* (avaliações, identificação e formulação de problemas, estabelecimento de metas, disputas, deveres de casa, tarefas, discussões, resolução de problemas, declarações de enfrentamento racional, autoaceitação, análise de consequências, reestruturação cognitiva, imaginação guiada, técnicas de racionalização, reenquadramento, técnica de relaxamento, hipnose, tomada de decisão, meditação, humor e ironia, conflitos e testes) e manual com estratégias terapêuticas, tais quais: técnicas cognitivas, afetivas e emotivas, treinamento de relaxamento e habilidades de treinamento cognitivo

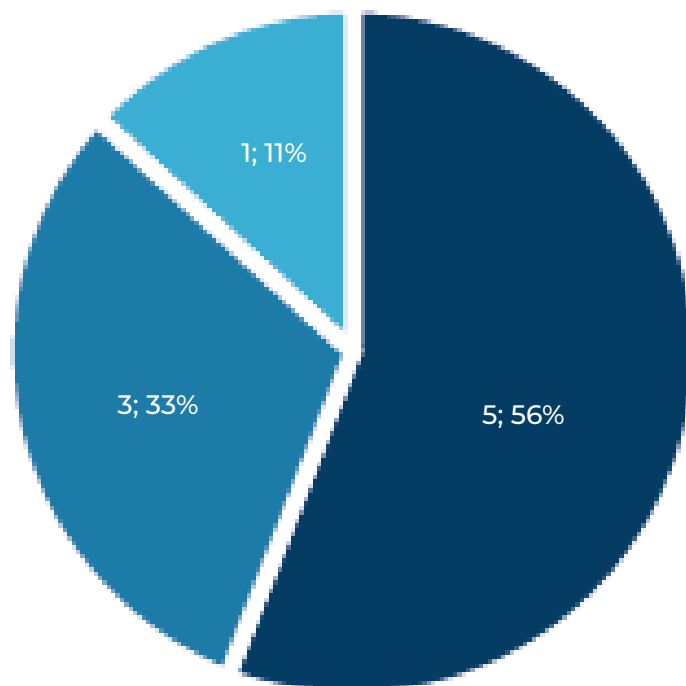
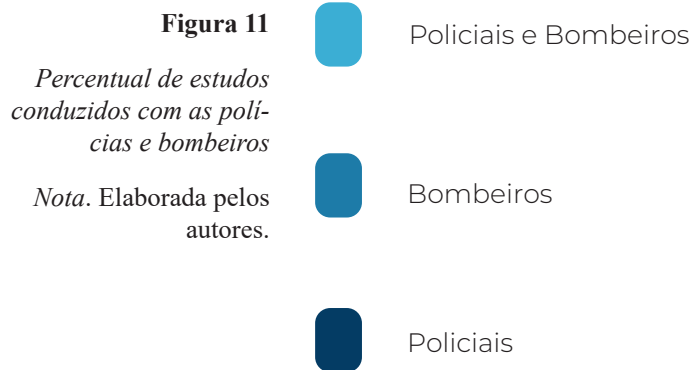
A análise dos efeitos de interação indicou ganho significativo ao longo do tempo e tratamento segundo a Escala de bem-estar subjetiva (SWBS) e da Capacidade de Trabalho Percebida (PWA) dos participantes do grupo de intervenção, que receberam REOHC em comparação com aqueles na condição de controle de não intervenção. O efeito positivo-negativo aumentou significativamente, indicando uma redução no afeto negativo e aumento do afeto positivo. A intervenção validou com sucesso a eficácia do REOHC na elevação da satisfação com a vida, emoções positivas, capacidade de trabalho percebida e redução das emoções negativas associadas ao trabalho entre policiais por meio de um ensaio de controle randomizado. O uso de grupos experimentais e de controle permitiu aos pesquisadores comparar fatores dentro do grupo e fatores entre grupos.

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Kouwenhoven-Pasmooij et al. (2018)</p> <p>Temas: Risco de saúde e estilo de vida saudável.</p> <p>Objetivo: Promover a saúde e a produtividade no trabalho.</p>	<p>Avaliação de risco de saúde, sugestões de atividades de promoção de saúde, boletim eletrônico e <i>coaching</i> (perguntas abertas, reflexões, suporte, aumento da ambivalência).</p>	<p>A análise interna do grupo mostrou que no extenso grupo de intervenção o peso corporal (- 3,1 kg; IC 95% -2,0 a - 4,3) foi estatisticamente reduzido significativamente, enquanto o peso corporal manteve-se estável no grupo de intervenção limitada (+0,2 kg; IC 95% -1,4 a 1,8). Em ambos os grupos randomizados, a perda de produtividade e a atividade física aumentaram e o uso excessivo de álcool diminuiu significativamente aos 12 meses.</p>
<p>Wood et al. (2021)</p> <p>Temas: Comportamento racional e emotivo (não foi citado especificamente o que é tratado na intervenção REBC).</p> <p>Objetivos: Reduzir crenças irracionais de desempenho, presenteísmo e estados emocionais como depressão, ansiedade e estresse;</p> <p>Aumentar a resiliência nos pontos de linha de base e pós-intervenção;</p> <p>Ajudar os participantes a superar melhor as adversidades dentro e fora do local de trabalho;</p> <p>Manutenção dos resultados em um período de 3 meses</p>	<p>Intervenções psicológicas (<i>Rational Emotive Behavior Coaching</i> - REBC), deveres de casa e medição de biomarcadores inovadores do estresse, como a Concentração de Cortisol Capilar (CCH).</p>	<p>Os dados mostraram que o REBC trouxe reduções mantidas nas crenças irracionais de desempenho. Os dados de validação social também indicaram que o REBC ajudou os participantes a superar melhor as adversidades dentro e fora do local de trabalho. Os resultados sugeriram que o REBC não teve um efeito significativo no CHC, sintomas de depressão, ansiedade e presenteísmo</p>

Estudo, tema e objetivo da intervenção	Conteúdo da intervenção	Principais resultados
<p>Sullivan et al. (2017)</p> <p>Temas: Mortalidade de bombeiros, riscos à saúde relacionados à fadiga e importância fisiológica do sono.</p> <p>Objetivo: Melhorar a saúde e a segurança dos bombeiros.</p>	<p>Educação para a saúde do sono (estratégias de higiene do sono, dicas sobre o uso de cafeína e efetividade das sonecas, distribuição de máscaras para olhos, protetores auriculares e informativos sobre saúde do sono), triagem de distúrbios do sono e encaminhamentos para clínicas do sono para participantes com triagem positiva.</p>	<p>Usando registros departamentais, em uma análise de intenção de tratar, bombeiros designados para estações de intervenção que participaram de sessões de educação e tiveram a oportunidade de completar a triagem de distúrbios do sono relataram 46% menos dias de incapacidade do que os atribuídos aos postos de controle. Não houve diferenças significativas nos departamentos taxas de lesões ou acidentes automobilísticos entre os grupos. Na análise <i>post hoc</i> contabilizando a exposição da intervenção, os bombeiros que participaram de sessões de educação foram 24% menos propensos a registrar pelo menos um relatório de lesão durante o estudo do que aqueles que não compareceram, independentemente da randomização.</p> <p>Não houve mudanças significativas pré versus pós-estudo no sono ou sonolência autorrelatada naqueles que participaram da intervenção”</p>

## Público-alvo e Responsável pelas Intervenções de prevenção secundária

Em cerca de 56% ( $n = 5$ ) dos casos, os esforços de análise buscavam descrever intervenções voltadas à saúde dos bombeiros, seguido por 33% ( $n = 3$ ) voltados às polícias. A implementação de programas de prevenção secundária para as duas forças de forma conjunta não é comum; a amostra contou com apenas 11,1% ( $n = 1$ ). A Figura 12 ilustra os achados para as duas categorias. Não foi observada qualquer menção de destinação da intervenção aos familiares dos participantes.



Uma das possibilidades de dimensionamento dos responsáveis pelas intervenções implementadas é através do perfil de quem responde pela autoria dos estudos, pois são eles quem fornecem a aprovação final da versão a ser publicada. Ao longo do desenvolvimento das ações interventivas, várias funções podem ser desempenhadas. Por exemplo, são assumidas tarefas como contribuição para a concepção, implementação, coleta e análise de dados do estudo e redação do artigo; concepção, desenho do estudo e revisão crítica do artigo; coordenação da coleta de dados e realização das análises dos dados.

O corpo técnico de profissionais responsáveis pelas intervenções se mostra bastante variável. Geralmente, o processo investigativo conta em média com quatro, mas pode variar de um a onze colaboradores nos trabalhos. Em termos de coautoria, a maioria possui vínculo direto com as instituições acadêmicas e um pequeno percentual advém das próprias forças de segurança. Também é possível identificar um formato de colaboração de coautores de departamentos distintos daqueles dos autores, inclusive de instituições distintas.

Na maioria dos estudos (55,6%;  $n = 5$ ), o vínculo profissional do autor principal está relacionado a departamentos de psicolo-

gia das universidades. As demais unidades organizacionais são sub representadas. Essas unidades incluem: Departamento de Saúde Ocupacional; Departamento de Medicina e Neurologia e Instituto de Saúde do Sono; Instituto de Pesquisa de Desenvolvimento Infantil e Educação; e Faculdade de Ciências.

## Contextos de Implementação das intervenções de prevenção secundária

Em relação ao contexto ocupacional, as intervenções são desenvolvidas com maior frequência nas próprias unidades de polícias e bombeiros; o percentual aproximado foi de 55,6% dos estudos que compõem a amostra (Cardoso et al., 2019; Jang et al., 2020; Onyishi et al., 2020; Sullivan et al., 2017; Wood et al., 2021). Nesse caso, a implementação é realizada nos espaços dos quartéis de bombeiros e departamentos de polícias. Entre os outros locais escolhidos para a execução dos programas, incluem-se: os ambientes universitários como hospital e centro de bem estar comunitário (Kaplan et al., 2017; Kouwenhoven-Pasmooij et al., 2018), representando cerca de 22,2% dos estudos. Os serviços de tratamento ambulatorial e as instalações de sindicatos laborais da categoria (Gramlich & Neer, 2018; Hoeve et al., 2021) são os recursos menos utilizados.



## Conteúdo da Intervenção de prevenção secundária

Dentre os desfechos prioritários das intervenções, na avaliação de condições prevenidas exploradas apenas como saúde mental, os estudos abarcaram três dimensões: a) sintomas de estresse - sentimentos gerais de estresse e tensão, estresse físico, ideação suicida, depressão, frustração, estresse ocupacional durante o trabalho e os relacionados a evento traumático (TEPT); b) distúrbios do sono - dificuldade em adormecer, acordar cedo, sono inquieto ou perturbado e pesadelos; e c) as facetas da atenção plena - observar, descrever, agir com consciência, não julgar, não reatividade, automonitoramento e habilidades sociais (Cardoso et al., 2019; Gramlich & Neer, 2018; Hoeve et al., 2021; Jang et al., 2020).

Os estudos sobre a saúde mental e ocupacional mostraram alguns dos fatores de pré-julgamento pessoal da disposição para trabalho. Os principais problemas mediados pelas intervenções foram o estresse, depressão, ansiedade, sofrimento emocional, satisfação com a vida, incidentes críticos, esgotamento, resiliência, crenças irracionais e disfuncionais de desempenho, insatisfação no trabalho, presenteísmo, escrutínio público, desafios interpessoais, afetivos e comportamentais e a capacidade para o trabalho decorrentes das experiências ocupacionais (Kaplan et al., 2017; Onyishi et al., 2020; Wood et al., 2021).

Em relação à saúde física e ocupacional dos membros das duas forças de segurança, foram adotadas algumas medidas antropométricas de peso corporal e índice de massa corporal (IMC). E medidas de produtividade no trabalho “tempo de resposta”, desempenho no tempo de liberação “início e finalização do atendimento prestado à população”, comportamentos de saúde, mortalidade, riscos associados ao esgotamento, importância

fisiológica do sono e acidentes com veículos e lesões (Kouwenhoven-Pasmooij et al., 2018; Sullivan et al., 2017).

## Técnicas e Instrumentos dos estudos de prevenção secundária

O ponto de partida das intervenções foi marcado por procedimentos de pré-triagem do estado clínico dos participantes. Na maioria dos casos (77,8%; 7 estudos), a triagem realizada reuniu amostras de indivíduos que testaram positivo para algum distúrbio mental ou alteração fisiológica dos parâmetros físicos (Cardoso et al., 2019; Gramlich & Neer, 2018; Jang et al., 2020; Kaplan et al., 2017; Kouwenhoven-Pasmooij et al., 2018; Onyishi et al., 2020; Sullivan et al., 2017). Dos sete estudos que utilizaram participantes com estado clínico positivo, nem toda a amostra se encontrava nessa condição, cerca de 42,8% deles ( $n = 3$ ) continham uma proporção de participantes não clínico (Cardoso et al., 2019; Jang et al., 2020; Sullivan et al., 2017). Assim, no estudo de Hoeve et al. (2021) e Wood et al. (2021), os participantes com sintomas ou histórico de saúde mental existente foram descartados da intervenção.

A promoção de mudanças no estado de saúde contou com técnicas variadas. Além do contato presencial estabelecido entre quem ministra e quem recebe a intervenção, o comprometimento com as atividades extraclasse foram recorrentes. Uma perspectiva educacional baseada em tarefas de casa entre as sessões foi adotada (Hoeve et al., 2021; Kouwenhoven-Pasmooij et al., 2018; Onyishi et al., 2020; Wood et al., 2021). Recursos informativos como *newsletter* e *e-mail* foram utilizados para motivar os participantes a se manterem engajados nos objetivos dos programas. Além disso, no início de cada sessão, o praticante e o participante revisavam a sessão anterior, refletindo sobre a tarefa entre sessões.

Independentemente do reforço planejado para garantir o ímpeto das sessões, em todas as intervenções, as condições prevenidas passam pela aferição de seu estado inicial e sua evolução ao longo do treinamento, incluindo o tempo de duração dos efeitos alcançados (Cardoso et al., 2019; Gramlich & Neer, 2018; Jang et al., 2020; Kaplan et al., 2017). Para isso, são utilizados os seguintes instrumentos conforme Tabela 5.

Autores	Instrumentos utilizados
Wood et al. (2021)	Irrational Performance Beliefs Inventory (iPBI); Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10); Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21); World Health Organization Health and Performance Questionnaire (HPQ); Questionário de Validação Social.
Kouwenhoven-Pasmooij et al. (2018)	Questionário sobre demandas para trabalho terapêutico; Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL); Questionário final avaliativo.
Onyishi et al. (2020)	Questionário demográfico; Subjective Well-Being Scale (SWBS); Escala de afeto positivo/experiência negativa (SPNE); Escala de florescimento (FS); Perceived Work Ability Index (PWA).

**Tabela 5**

*Instrumentos de medida utilizados.*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Autores	Instrumentos utilizados
Gramlich & Neer (2018)	Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5); Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5); Beck Depression Inventory–Second Edition (BDI-II); Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5–Lifetime Version (ADIS-5L); Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7).
Hoeve et al. (2021)	Questionário sociodemográfico; Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21); Somatization Subscale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ); Operational Police Stress Questionnaire (PSQ-Op); Impact of Event Scale (IES); Brief Resilience Scale (BRS); Sleep Difficulties Subscale from the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90); Positive and Negative Affect Scale (PANAS); Subjective Happiness Scale (SHS); Work Ability Index (WAI); Short Form of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ-SF); Attentional Control Scale (ACS); 3-item Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF).
Sullivan et al. (2017)	Diário do Sono; Índice de Gravidade da Insônia (ISI); Índice de Gravidade do Sonho Perturbador e Pesadelo (DDNSI); Escala de Sonolência de Epworth - Versão Coreana (ESS); PTSD Checklist-5 (PCL-5); Inventário de Sintomas Depressivos - Subescala de Suicídio (DSI - SS); Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9).

Autores	Instrumentos utilizados
Kaplan et al. (2017)	Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form (FFMQ-SF); Brief Resilience Scale (BRS); Oldenburg <i>Burnout</i> Inventory (OLBI).
Jang et al. (2020)	Short Form 36 Health Survey (SF-36); Body Mass Index (BMI); Work Ability Index (WAI) Questionnaire; Work Limitations Questionnaire (WLQ-8) Short Version; Questões sobre atividade física, consumo de frutas e vegetais, hábitos de fumo e uso de álcool.
Cardoso et al. (2019)	Sleep Disorders Screening Questionnaire.

## Canal, Carga Horária e Formato das Intervenções de prevenção secundária

A entrega ou execução das práticas de prevenção ocorre basicamente por meio de cinco canais. A intermediação face a face é a mais frequente, correspondendo a 66,7% dos casos ( $n = 6$ ), há ainda a face a face com o uso de telefonemas aos participantes com 22,2% ( $n = 2$ ). O contato com os pacientes via *internet* e guias impressos é menos frequente, esse recurso foi utilizado em apenas um estudo (11,1%).

O formato das intervenções foi organizado em três modelos de atendimento dos profissionais, o individual prevaleceu com 55,6% ( $n = 5$ ). O modo grupal ocorreu com a segunda maior frequência (33,3%;  $n = 3$ ), enquanto que, intervenções em um formato misto, empregando o modo individual e grupal são pouco

utilizadas (11,1%;  $n = 1$ ). O tamanho amostral dos estudos com participantes que completaram todas as intervenções apresentou uma média de 229 pessoas atendidas por programa, variando de 1 a 1.189 indivíduos. Essa variação se deve ao fato de haver estudo de caso individual ou o atendimento se estender a quase toda a população censitária local da força de segurança alvo da ação preventiva. No entanto, em números absolutos, aproximadamente 77,8% ( $n = 7$ ) dos estudos possuem amostras que se distribuem abaixo da média geral, estando entre um e 151.

No tocante às características biológicas dos participantes, a média de homens que participam das intervenções gira em torno de 203, principalmente bombeiros. Esse valor é sete vezes maior que o valor médio de participantes do sexo feminino, a média de mulheres ficou em 26. Nesta revisão, em 8 estudos havia a informação de profissionais “homens” e “mulheres” de cada uma das forças de segurança pública – bombeiros e polícias –, a partir disso, o cálculo das médias revela que entre os profissionais do sexo masculino, mais bombeiros participaram das intervenções. Por outro lado, entre as profissionais do sexo feminino, mais policiais participam, superando a média de bombeiros em 12 vezes.

A frequência de sessões mais observada é a semanal, podendo haver os modos mistos associados ao quinzenal e diário. Logo, os participantes podem ser submetidos a regimes de intervenção flexível ou austero no trato das suas questões de saúde. Isso ocorre quando o público alvo dos programas é levado a dispor de parte do tempo não laboral para a dedicação parcial às atividades planejadas da intervenção. Em relação à duração das intervenções, o tempo médio observado foi de 12 semanas, mas variando de 3 a 54 semanas de intervenção. Nesse quesito, a maioria dos

valores absolutos (77,8%;  $n = 7$ ) concentram-se abaixo da média, ou seja, a média é influenciada por casos isolados. A duração média das sessões gira em torno de 83 minutos. Os valores absolutos variam entre 25 e 120 minutos e se concentram acima da média. Destaca-se que em alguns casos (33,3%;  $n = 3$ ), os valores possuem um tempo mínimo fixo das sessões e um tempo mais elevado. Nesses casos específicos, a última intervenção programada é marcada por aulas com um tempo mais estendido.

O número total de sessões varia pouco, em média são realizadas pouco mais de 9 sessões por programa. Mas, cerca de 75% ( $n = 6$ ) estão abaixo da média em valores absolutos. O total de horas a que os participantes estiveram submetidos aos programas de intervenção apresenta um valor médio de 13 horas, já incluídas as horas adicionais das aulas mais longas de conclusão das intervenções. Nos critérios de duração da sessão (minutos) e número total de horas de contato, não foram encontrados três registros em cada uma. No número total de sessões, há um registro omissos.

## Avaliação de Resultados dos estudos de prevenção secundária

De modo geral, os resultados dos estudos indicaram que as intervenções surtem efeitos positivos na prevenção dos quadros de saúde apreciados. Em aproximadamente 55,6% ( $n = 5$ ) dos relatos de avaliações, as condições prevenidas foram plenamente atendidas. Em outros 44,4% ( $n = 4$ ) dos casos, as mudanças nas condições prevenidas foram apenas parcialmente atendidas. Portanto, algumas medidas de saúde perseguidas pelos programas de intervenção podem não ser alcançadas, fato que precisa ser ponderado tendo em vista as barreiras que surgem.

Entre as intervenções onde as condições prevenidas foram parcialmente atendidas, os quatro estudos utilizaram técnicas de intervenção distintas: *Coaching* Comportamental Racional Emotivo (REBC), *Mindfulness* e o *coaching* motivacional ou aconselhamento de estilo de vida. A técnica de terapia cognitiva comportamental (TCC) “REBC” não se mostrou efetiva no tratamento de sintomas de depressão, ansiedade e presentismo, ou seja, não favoreceu o bem-estar psicológico daqueles que operam nos serviços de emergência e ambientes ocupacionais mais extremos (Wood et al., 2021). Por outro lado, foram observadas reduções prolongadas nas crenças irracionais de desempenho.

A capacidade de adaptação a transtornos psicológicos foi estimulada em bombeiros e policiais com o uso da técnica Treinamento de Resiliência Baseado em *Mindfulness* (MBRT). No entanto, a intervenção não foi suficientemente capaz de fazer com que os indivíduos recuassem de suas experiências difíceis. O estudo de Kaplan et al. (2017) indicou que o aumento da atenção plena (*Mindfulness*) conduz ao aumento da resiliência, e conseqüentemente, à redução do *burnout*. Porém, com relação a três facetas individuais de *Mindfulness* e *burnout*, mudanças na não reatividade, mas não no “não julgar” ou no “agir com consciência”, mostraram-se significativas e indiretamente relacionadas às mudanças no *burnout* e resiliência.

No estudo de Hoeve et al. (2021), uma intervenção feita com as forças policiais aplicando a mesma técnica (*Mindfulness*), os resultados comparativos no pós teste indicaram que a melhora nas facetas da consciência: “agir com consciência” e “não julgar” estava associada a reduções em todos os tipos de estresse. Também foram encontrados efeitos significativos e na direção esperada para distúrbios do sono, afeto positivo e sentimentos



de felicidade, mas os efeitos não foram significativos para resiliência e capacidade de trabalho.

Múltiplos fatores afetam a capacidade de trabalho, não apenas os psicológicos, mas os físicos também. Uma intervenção dividida em níveis de exposição (limitada ou extensa) foi aplicada a policiais. Aos 12 meses, a intervenção extensa não foi estatisticamente diferente da intervenção limitada para autoavaliação de saúde, índice de massa corporal e peso corporal dos participantes (Kouwenhoven-Pasmooij et al., 2018). Os autores acrescentam que: i) na análise intragrupo (mesmo grupo antes e após a intervenção), o peso corporal na intervenção extensa reduziu significativamente, enquanto no grupo de intervenção limitada, permaneceu estável; ii) em ambos os grupos, a perda de produtividade e a atividade física aumentaram e o uso excessivo de álcool diminuiu significativamente; iii) a proporção de indivíduos com “saúde insatisfatória” permaneceu estável ao longo do tempo no grupo extenso, mas aumentou ligeiramente no grupo limitado; e iv) após 12 meses, observou-se que o IMC e o peso corporal apresentavam diferenças significativas a favor da intervenção extensa.

Nos estudos em que as condições prevenidas foram plenamente atendidas, os programas trataram essencialmente do baixo bem-estar (Onyishi et al., 2021), estresse (Cardoso, et al., 2019; Gramlich, et al., 2018) e saúde do sono (Jang et al., 2020; Sullivan et al., 2017). O uso da TCC “REOHC” (*Coaching Racional Emotiva em Saúde Ocupacional*) com policiais se mostrou efetiva. A interação foi positiva nos fatores de bem-estar subjetivo, reduzindo o afeto negativo e aumentando o afeto positivo. Foi observada a elevação da satisfação com a vida, emoções positivas, capacidade de trabalho percebida e redução das emo-

ções negativas associadas ao trabalho (Onyishi et al., 2021).

A admissão e adaptação de uma nova técnica para tratamento de problemas psicológicos associados ao distúrbio do sono também foi efetiva. Um programa de intervenção baseado na *Brief Behavior Therapy for Insomnia* (BBTi) produziu melhorias nos índices de sono numa amostra de bombeiros (Jang et al., 2020). Os principais destaques foram: i) a eficiência do sono aumentou significativamente; ii) a latência do início do sono, o número de despertar e o tempo na cama diminuíram; e iii) houve redução significativa da insônia e na gravidade dos pesadelos.

Ainda sobre a saúde do sono, no estudo de Sullivan et al. (2017), constatou-se que após participarem de sessões de educação do sono, os profissionais bombeiros relataram diminuição de 46% na incapacidade para o trabalho em comparação aos que não passaram pela intervenção. Os participantes das sessões educativas são 24% menos propensos a relatar lesões que aqueles que não compareceram, independentemente do grupo randomizado. Não houve mudanças significativas pré versus pós-estudo no sono ou sonolência autorrelatada naqueles que participaram da intervenção.

No tocante ao estresse, seja em um estudo de caso com atendimento individualizado ou aplicando treinamento para mais de um participante, como em Gramlich et al. (2018) e Cardoso et al. (2019), respectivamente, as técnicas utilizadas favoreceram os desfechos positivos. Numa intervenção multifacetada incluindo terapia de exposição imaginária, ativação comportamental e terapia cognitiva para depressão, a redução de manifestações clínicas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), das imagens indesejadas constantemente lembradas pelo paciente e os sintomas depressivos foram significativas (Gramlich et al., 2018).

Os autores destacaram que a viabilidade e efetividade da técnica de Terapia de Exposição Imaginária ficou demonstrada ao possibilitar a extinção do medo e redução da ansiedade com um baixo número de sessões terapêuticas. O formato de intervenções via grupo terapêutico também potencializa diversas temáticas. A intervenção conduzida por Cardoso et al. (2019), com bombeiros, reduziu os sintomas de estresse adotando como foco o desenvolvimento de automonitoramento, habilidades sociais, relaxamento e *mindfulness*.

Algumas intervenções têm importantes implicações em políticas públicas, não apenas para os dois grupos ocupacionais ora analisados. Por isso, recomendações foram feitas de determinadas técnicas interventivas para outras populações de trabalhadores cujas ocupações são tipicamente estressantes. Ademais, há indicações de que para uma intervenção ser efetiva é exigível que o facilitador assuma uma postura franca e sem julgamentos com os participantes, pois isso transmite segurança. Foi igualmente indicado o formato multifacetado ou multicêntrico, incluindo medição de acompanhamento, medidas de diferentes tipos e a análise de uma variedade de resultados secundários.

### Limitações dos estudos de prevenção secundária

Dentre as limitações indicadas, a maioria está relacionada à própria intervenção. No entanto, em um menor grau de ocorrências, foram observadas designações de dificuldades encontradas em relação à metodologia, instrumentos e participantes. A Tabela 6 mostra as principais limitações destacadas.

	Categorias	Principais limitações
<p><b>Tabela 6</b></p> <p><i>Principais limitações dos estudos de prevenção secundária</i></p> <p><i>Nota.</i> Elaborada pelos autores.</p>	Intervenção	<p>I. Intervenção tipicamente de provisão corretiva (por exemplo, lidar com problemas) e normalmente entregue individualmente, podendo ser trabalhosa para os profissionais;</p> <p>II. Uma limitação potencial é que a intervenção falhou em atingir indivíduos que mais precisavam, com base na baixa capacidade de trabalho e na alta perda de produtividade no trabalho;</p> <p>III. A intervenção pode não ser suficiente para mudar o comportamento, resultando em uma subestimação do efeito;</p> <p>IV. Usar dados apenas de autorrelato para avaliar a eficácia, sem considerar os efeitos moderadores de variáveis demográficas como gênero, nível de renda, etnia, anos de experiência, status de classificação e estado civil, e traços de personalidade.</p>
	Metodologia	<p>I. Amostra não aleatória;</p> <p>II. Não foi possível realizar um desenho duplo-cego, pois, devido à prática de trocas comerciais e realocações temporárias de rotina com base nas necessidades operacionais, alguma mistura ocorreu entre os bombeiros designados para a intervenção aleatória e estações de controle;</p> <p>III. Tamanho da amostra pequeno, impactando o poder e a generalização.</p>
	Instrumentos	<p>I. A confiabilidade das escalas de autocompaixão e não reatividade em duas medidas foi bastante baixa e, portanto, os resultados relacionados a essas variáveis explicativas devem ser interpretados com cautela;</p> <p>II. O estudo não usou ferramentas de medição objetivas.</p>
	Participantes	<p>I. Os participantes perceberam que os colegas os tratariam negativamente se falassem sobre problemas de saúde mental;</p> <p>II. Baixa adesão (taxa de resposta à pesquisa).</p>

## Discussão referente a programas de prevenção secundária na Segurança Pública

Esta revisão identificou e sintetizou evidências positivas de uso de intervenções para a promoção da saúde, prevenção primária e prevenção secundária aplicadas a duas forças de segurança pública (policiais e bombeiros). Os dados sugerem que as intervenções em saúde implementadas junto às duas forças – bombeiros e policiais – são pouco exploradas pela literatura acadêmica, visto que a quantidade de artigos encontrados não foi muito expressiva. De modo geral, isso dificulta a disseminação de práticas interventivas baseadas em evidências para promoção da saúde, prevenção e cuidado com a saúde dos profissionais de segurança pública.

Considerando a amostra de estudos incluídos nesta revisão, dois pontos merecem destaque. Primeiro, problemas associados a potenciais barreiras enfrentadas pelo campo de estudo, envolvendo especialistas na área, grupos demandantes e os formuladores de políticas públicas podem estar influenciando negativamente o número de iniciativas na temática. Segundo, a maioria dos estudos foram realizados em países desenvolvidos, o fato pode estar relacionado aos casos de adoecimento populacional e a atenção dada aos indivíduos nesses contextos específicos (geográfico e situação de saúde). Segundo Nishi et al. (2019), nos EUA e Europa, a incidência de transtornos mentais comuns é mais elevada e o uso de serviços de saúde mental está aumentando. As disparidades apresentadas na distribui-

ção dos estudos pelos contextos socioculturais traduzem uma maior incidência de implementação dos programas em países de alta renda de cada continente representativo, a maioria até com projeção global. Os países de alta renda são significativamente mais propensos a ter um alto número de profissionais de saúde mental, políticas e legislação de saúde mental, autoridade independente de saúde mental e programas de prevenção do suicídio (Andoh-Arthur & Adjorlolo, 2021; Nishi et al., 2019). A influência de barreiras locais remete a questões pontuais. O tema pode não despertar o interesse de muitos especialistas, pois não há muitos trabalhos investigando a apreensão de profissionais da segurança pública sobre o que lhe adoece (Breda & Moraes, 2020). Essas análises situacionais são essenciais para planejar a pesquisa e a implementação de intervenções em saúde, incluindo a mental (Murphy et al., 2019).

Dado o foco prioritário dos estudos em programas voltados para a saúde mental, como foi revelado nesta revisão, o público alvo costuma mostrar uma baixa percepção da necessidade, resistindo a procurar assistência especializada. As barreiras de domínio atitudinal e/ou comportamental são os principais empecilhos para buscar e permanecer em tratamento entre indivíduos com transtornos mentais comuns em todo o mundo (Andrade et al., 2014; Lempp et al., 2018; Murphy et al., 2019). Sobre os estudos menos frequentes, as questões de saúde física e

ocupacional são pouco priorizadas, isso com base no número de estudos encontrados. A partir disso, percebe-se que pouca atenção é dada à condição física e ao cuidado com lesões dos profissionais das forças de segurança. Em algumas situações críticas, a imobilização, a perseguição e o trabalho prolongado em casos excepcionais visando conter ameaças imediatas e o restabelecimento do ordenamento social, demandam resistência física adequada.

Aos policiais e bombeiros, a aptidão física é um padrão de emprego para as atividades de trabalho correspondentes (Scarlett et al., 2021; Taylor et al., 2015) intimamente correlacionado ao equilíbrio da saúde mental e física de forma dinâmica, principalmente, ao considerar que o desgaste de saúde costuma afetar mais fortemente o público do sexo masculino e os com idade mais elevada (Kesavayuth et al., 2022; Ohrnberger et al., 2017), guardando estreita consonância com outros achados nesta revisão. O contexto laboral das forças de segurança foi o ambiente prioritário para desenvolver as intervenções. A estratégia possui pontos críticos, o principal argumento dessa aproximação preza pela garantia da máxima adesão. No entanto, quem planeja a intervenção está considerando apenas o recurso que é a infraestrutura para ministração da intervenção. O ambiente ocupacional interfere no aproveitamento sob vários aspectos: i) a participação do profissional na intervenção pode ser interrompida momentaneamente para atender a demandas do trabalho; e ii) nos dias de folga do trabalho, o profissional não clínico vai preferir usar seu tempo em outras prioridades.

## Propostas de intervenção para prevenção secundária para os profissionais da segurança pública

Alinhando-se aos desfechos de saúde concretizados e evidenciados na literatura revisada, algumas ações estruturantes de cuidados em saúde física, saúde mental e ocupacional são apresentadas:

- Incorporar um programa específico de educação em saúde do sono e triagem de risco de distúrbios do sono às iniciativas de saúde e bem-estar no local de trabalho para reduzir a carga física, mental e econômica de lesões evitáveis relacionadas à sonolência no local de trabalho.
- Desenvolver programas de apoio entre pares com vistas a favorecer bem-estar, reduzir o estigma e prevenir agravos à saúde mental.
- Considerar um processo de triagem de pessoal para priorizar àqueles que apresentam maior necessidade e/ou que se beneficiariam do recebimento de Treinamento de Comportamento Racional Emotivo (REBC: *Rational Emotive Behavior Coaching*). Dados de validação social indicam que o REBC ajuda os participantes a superar melhor as adversidades dentro e fora do local de trabalho, os benefícios psicológicos são amplos e positivos.
- Monitorar o risco de saúde baseado em avaliação das medidas antropométricas dos profissionais.



- Incluir aconselhamento personalizado e treinamento presencial sobre os resultados clínicos e sociais e a avaliação da sustentabilidade por monitoramento contínuo. O *coaching* motivacional é uma medida promissora, principalmente, para reduzir o peso corporal.
- Avaliar a implementação do *Coaching* Racional Emotiva em Saúde Ocupacional (REOHC) para elevar o bem-estar subjetivo e a capacidade de trabalho dos profissionais. A medida interventiva melhora significativamente a satisfação com a vida, o afeto positivo e capacidade de trabalho e, reduz o afeto negativo.
- Adotar intervenções multifacetadas e de entrega maciça ou intensiva. Essa técnica acelera a recuperação de adoecimentos como TEPT. Além disso, programas de tratamento intensivo podem acomodar horários de equipes que precisam retornar aptos para o serviço mais cedo.
- Organizar intervenções baseadas em atenção plena (*Mindfulness*). Essa abordagem reduz os sentimentos de estresse (tensão, impaciência e irritabilidade) e os problemas de sono. A sensação de felicidade, os sentimentos positivos (afeto positivo) e a capacidade de trabalho aumentam substancialmente.



## Referências

- Abreu, S., Miranda, A. A. V., & Murta, S. G. (2016). Programas preventivos brasileiros: Quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental? *Psico-USF*, 21(1), 163–177. <http://doi.org/10.1590/1413-82712016210114>
- Agrawal, M., & Singh, R. (2020). Factores Associated with Police Depression: A systematic Review. *Journal of Criminal Justice Sciences*, 15(1). 34-50. Doi:10.5281/zenodo.3819100
- Anderson, G. S., Nota, P. M., Groll, D. & Carleton R. N. (2020). Peer Support and Crisis-Focused Psychological Interventions Designed to Mitigate Post Traumatic Stress Injuries among Public Safety and Frontline Healthcare Personnel A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20). Article 7645. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207645>
- Andoh-Arthur, J., & Adjorlolo, S. (2021). Macro-level mental health system indicators and cross-national suicide rates. *Glob Health Action*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1839999>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., Girolamo, G., Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Babolim, D. A., Becker, A. P. S., & Guisso, L. (2019). Produção de sentidos e fazeres sobre o trabalho de policiais militares catarinenses: um relato de experiência. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 39(96), 69-80.

- Beer, U. M., Neerincx, M. A., Morina, N., & Willem-Paul, B. (2017) Virtual agent-mediated appraisal training: a single case series among Dutch firefighters. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), Article e1378053. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1378053>
- Breda, K. T. O., & Moraes, T. D. (2020). A profissão de bombeiro militar: Sofrimento e prazer, riscos e proteção. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 10(1), 34–46.
- Burgess, J. L., Hoppe-Jones, C., Griffin, S. C., Zhou, J. J., Gulotta, J. J., Wallentine, D. D., Moore, P. K., Valliere, E. A., Weller, S. R., Beitel, S. C., Flahr, L. M., Littau, S.R., Dearmon-Moore, D., Zhai, J., Jung, A. M., Garavito, F., & Snyder, S. A. (2020). Evaluation of interventions to reduce firefighter exposures. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(4), 279–288. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001815>
- Cardoso, V., Pereira, C., & Toni, C. (2019). Grupo terapêutico com bombeiros para manejo de estresse. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 8(2), 87–105.
- Chitra, T., & Karunanidhi, S. (2021). The impact of resilience training on occupational stress, resilience, job satisfaction, and psychological well-being of female police officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36, 8–23. <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9294-9>
- Christopher, M., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based resilience training for aggression, stress and health in law enforcement officers: Study protocol for a multisite, randomized, single-blind clinical feasibility trial. *Trials*, 21(236), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4165-y>

- Civilotti, C., Maran, D. A., Garbarino, S., & Magnavita, N. (2022). Hopelessness in Police Officers and Its Association with Depression and Burnout: A Pilot Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *19*(9), Article e5169. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph19095169>
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed Editora.
- DeNysschen, C. A., Cardina, C., Sobol, J. J., Zimmerman, B., & Gavronsky, A. (2018). Health, wellness, and fitness training: A pilot study on preparing physically fit and police academy-ready graduates. *International Journal of Police Science & Management*, *20*(1), 66–79. <https://doi.org/10.1177/1461355718756412>
- Di Nota, P. M., Bahji, A., Groll, D., Carleton, R. N., & Anderson, G. S. (2021). Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers: a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*, *10*(1), 1-21.
- Edgelow, M., Scholefield, E., McPherson, M., Mehta, S., & Ortlieb, A. (2021). A review of workplace mental health interventions and their implementation in public safety organizations. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *95*, 645–664. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01772-1>
- Ferraz, A. F., Viana M. V., Rica, R. L., Bocalini, D. S, Battazza, R. A., Miranda, M. L. J., Politti, F. & Junior A. F. (2018). Efeitos da atividade física em parâmetros cardiometabólicos de policiais: revisão sistemática. *ConScientiae Saúde*, *17*(3), 356-370.

- Filip, K., & Aleksandar, C., (2019). The strategic approach to an improvement of health-related physical fitness of police officers: An 8-week exercise intervention – pilot study. *Bezbednost Beograd*, 61(2), 28-45. <http://dx.doi.org/10.5937/bezbednost1902028K>
- Getty, A. K., Wisdo, T. R., Chavis, L. N., Derella, C. C., McLaughlin, K. C., Perez, A. N., DiCiurcio, W. T., Corbin, M., & Fearheller, D. L. (2018). Effects of circuit exercise training on vascular health and blood pressure. *Preventive medicine reports*, 10, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.02.010>
- Gramlich, M. A., & Neer, S. M. (2018). Firefighter-Paramedic with posttraumatic stress disorder, horrific images, and depression: A clinical case study. *Clinical Case Studies*, 17(3), 150 –165. <https://doi.org/10.1177/1534650118770792>
- Harzing, A.W. (2007). *Publish or Perish* (Version 7) [Computersoftware] <https://harzing.com/resources/publish-or-perish>
- Hawe, P., Degeling, D., & Hall, J. (1990). *Evaluating health promotion: A health worker's guide*. MacLennan and Petty.
- Hoeve, M., Bruin, E. I., Rooij, F., & Bögels, S. M. (2021). Effects of a mindfulness-based intervention for police officers. *Mindfulness*, 12(7), 1672–1684. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01631-7>
- Jang, E. H., Hong, Y., Kim, Y., Lee, S., Ahn, Y., Jeong, K. S., Jang, T. W., Lim, H., Jung, E., Shift Work Disorder Study Group, Chung, S., & Suh, S. (2020). The development of a sleep intervention for firefighters: The FIT-IN (firefighter's therapy for insomnia and nightmares) study. *Int. J. of Environ. Res. Public Health*, 17(8738), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238738>

Joyce, S., Shand, F., Bryant, R. A., Lal, T. J., & Harvey, S. B. (2018). Mindfulness-based resilience training in the workplace: pilot study of the internet-based Resilience@Work (RAW) mindfulness program. *Journal of Medical Internet Research, 20*(9). <https://doi.org/10.2196/10326>

Joyce, S., Shand, F., Lal, T., Mott, B., Bryant, R., & Harvey, S. (2019) Resilience@Work Mindfulness Program: Results from a cluster randomized controlled trial with first responders. *Journal of Medical Internet Research, 21*(2). <http://dx.doi.org/10.2196/12894>

Kaplan, J. B., Bergman, A. L., Christopher, M., Bowen, S., & Hunsinger, M. (2017). Role of resilience in mindfulness training for first responders. *Mindfulness, 8*(5), 1373–1380. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0713-2>

Kesavayuth, D., Shangkhum, P., & Zikos, V. (2022). Building physical health: What is the role of mental health? *Bulletin of Economic Research, 74*(2), 457–483. <https://doi.org/10.1111/boer.12304>

Klimley, K. E., Van Hasselt, V. B., & Stripling, A. M. (2018). Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. *Aggression and Violent Behavior, 43*, 33–44. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.08.005>

Kouwenhoven-Pasmooij, T. A., Robroek, S. J. W., Kraaijenhagen, R. A., Helmhout, P. H., Nieboer, D., Burdorf, A., & Hunink, M. G. M. (2018). Effectiveness of the blended-care lifestyle intervention ‘PerfectFit’: A cluster randomised trial in employees at risk for cardiovascular diseases. *BMC Public Health, 18*(766), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5633-0>

- La Reau, A. C., Urso, M. L., & Long, B. (2018). Specified training to improve functional fitness and reduce injury and lost workdays in active duty firefighters. *JEPOnline*, 21(5), 49–57.
- Leary, M., Thomas, J., Hayes, R., & Sherlock, L. (2020). Evaluation of an occupational exercise training program for firefighters: mixed methods pilot study. *JMIR Formative Research*, 4(9). <http://doi.org/10.2196/17835>
- Leavell, H. & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community* (3rd. ed.). MacGraw Hill.
- Leduc, C., Giga, S. I., Fletcher, I. J., Young, M., & Dorman, S. C. (2021). Participatory development process of two human dimension intervention programs to foster physical fitness and psychological health and well-Being in wildland firefighting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18137118>
- Lees, T., Elliott, J. L., Gunning, S., Newton, P. J., Rai, T. & Lal, S. (2019). A systematic review of the current evidence regarding interventions for anxiety, PTSD, sleepiness and fatigue in the law enforcement workplace. *Industrial Health*, 57(6), 655–667.
- Lempp, H., Abayneh, S., Gurung, D., Kola, L., Abdulmalik, J., Evans-Lacko, S., Semrau, M., Alem, A., Thornicroft, G., & Hanlon, C. (2018). Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low-and middle-income countries: A cross-country qualitative study. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 27(1), 1–11. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000634>



- Magnavita, N., Capitanell, I., Garbarino, S., & Pira, E. (2018). Work-related stress as a cardiovascular risk factor in police officers: a systematic review of evidence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91, 377–389 <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1290-y>
- Maran, D. A., Zedda, M., & Varetto, A. (2018). Physical practice and wellness courses reduce distress and improve wellbeing in police officers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), Article 578. <http://doi.org/10.3390/ijerph15040578>
- Marinho, M. T., de Souza, M. B. C. A., Santos, M. M. A., da Cruz, M. A. D. A., & de Lima Barroso, B. I. (2018). Fatores geradores de estresse em policiais militares: revisão sistemática. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6, 637-648.
- Marks, M. R., Bowers, C., DePesa, N. S., Trachik, B., Deavers, F. E., & James, N. T. (2017). REACT: A paraprofessional training program for first responders - A pilot study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 81(2), 150–166. <http://doi.org/10.1521/bumc.2017.81.2.150>
- Melo, L. P., & Carlotto, M. S. (2017). Programa de prevenção para manejo de estresse e Síndrome de Burnout para bombeiros: Relato de experiência de uma intervenção. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 99-108. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170011>
- Milliard, B. (2020). Utilization and impact of peer-support programs on police officers' mental health. *Frontiers in psychology*, 11, Article 1686. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01686>

- Murphy, J. K., Michalak, E. E., Colquhoun, H., Woo, C., Ng, C. H., Parikh, S. V., Culpepper, L., Dewa, C. S., Greenshaw, A. J., He, Y., Kennedy, S. H., Li, X. M., Liu, T., Soares, C. N., Wang, Z., Xu, Y., Chen, J., & Lam, R. W. (2019). Methodological approaches to situational analysis in global mental health: A scoping review. *Global Mental Health*, 6(11), 1–13. <https://doi.org/10.1017/gmh.2019.9>
- Murta, S. G. (2005). Programas de manejo de estresse ocupacional: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 7(2), 159-177. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452005000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000200003&lng=pt&tlng=pt)
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 41-51. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100005>
- Nishi, D., Ishikawa, H., & Kawakami, N. (2019). Prevalence of mental disorders and mental health service use in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(8), 458–465. <https://doi.org/10.1111/pcn.12894>
- Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>
- Oldenburg, B., Ellis, N., Kelenshian, N., & Pan, J. (1994). *Review of effectiveness of intervention for the management of stress at work*. Queensland University of Technology.

- Onyishi, C. N., Ede, M. O., Ossai, O. V., & Ugwuanyi, C. S. (2021). Rational emotive occupational health coaching in the management of police subjective well-being and work ability: A case of repeated measures. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36, 96–111. <https://doi.org/10.1007/s11896-019-09357-y>
- Parry, S. J., Ean, N., Sinclair, S. P., & Wilkinson, E. (2020). Development of mental healthcare in Cambodia: Barriers and opportunities. *Int J Ment Health Syst*, 14(53), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00385-4>
- Pollack, K. M., Poplin, G. S., Griffin, S., Peate, W., Nash, V., Nied, E., Gullota, J., & Burgess, J. L. (2017). Implementing risk management to reduce injuries in the US Fire Service. *Journal of safety research*, 60, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.11.003>
- Poplin, G. S., Griffin, S., Pollack Porter, K., Mallett, J., Hu, C., Day-Nash, V., & Burgess, J. L. (2018). Efficacy of a proactive health and safety risk management system in the fire service. *Inj Epidemiol*, 5, Article 18. <https://doi.org/10.1186/s40621-018-0148-9>
- Rasdi, I., Ismail, N. F., Kong, A. S. S., & Saliluddin, S. M. (2018). Introduction to customized occupational safety and health website and its effectiveness in improving psychosocial safety climate (PSC) among police officers. *MJMHS*, 14(2), 67–73.
- Romosiou, V., Brouzos, A., & Vassilopoulos, S. P. (2019). An integrative group intervention for the enhancement of emotional intelligence, empathy, resilience and stress management among police officers. *Police Practice and Research*, 20(5), 460-478. <https://doi.org/10.1080/15614263.2018.1537847>

- Ronzani, T. M., Rodrigues, T. P., Batista, A. G., Lourenço, L. M., & Formigoni, M. L. O. D. S. (2007). Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 12(3), 285-290. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X200700030001>
- Scarlett, M. P., Rogers, W. T., Adams, E. M., Dreger, R. W., & Petersen, S. R. (2021). Evidence for validity and reliability, and development of performance standards and cut-scores for job-related tests of physical aptitude for structural firefighters. *J Occup Environ Med*, 63(11), 992–1002. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002293>
- Sommerfeld, A., Wagner, S. L., Harder, H. G., & Schmidt, G. (2017). Behavioral health and firefighters: An intervention and interviews with Canadian firefighters. *Journal of Loss and Trauma*, 22(4), 307–324. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284515>
- Souza, D. R., Junior, E. P. S., Moura, J. R., Ribeiro, J. R. L., Pires, A. C. L., Curi, R., & Pithon-Curi, T. C. (2019). Efficacy of a Health Promotion Guidance Program Applied to the Police of São Paulo City. *J Arch Mil Med*, 6(4), Article 88885In press(in Press). 1-5 <https://doi.org/10.5812/jamm.88885>.
- Souza, E. R. D., Minayo, M. C. D. S., Silva, J. G., & Pires, T. D. O. (2012). Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(7), 1297-1311.
- Stanek, J.M., Dodd, D.J., Kelly, A.R., Wolfe, A.M., & Swenson, R.A. (2017). Active duty firefighters can improve Functional Movement Screen (FMS) scores following an 8-week individualized client workout program. *Work*, 56(2), 213-220. <https://doi.org/10.3233/wor-172493>

- Stanley, I. H., Horn, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review, 44*, 25-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>
- Steckler, A., & Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research: An overview. In A. Steckler & L. Linnan (Orgs.), *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1–21). Jossey-Bass Publishers.
- Stone, B. L., Alvar, B. A., Orr, R. M., Lockie, R. G., Johnson, Q. R., Goatcher, J., & Dawes, J. J. (2020). Impact of an 11-week strength and conditioning program on firefighter trainee fitness. *Sustainability, 12*(16), Article 6541. <https://doi.org/10.3390/su12166541>
- Sullivan, J. P., O'Brien, C. S., Barger, L. K., Rajaratnam, S. M. W., Czeisler, C. A., & Lockley, S. W. (2017). Randomized, prospective study of the impact of a sleep health program on firefighter injury and disability. *Sleep, 40*(1), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1093/sleep/zsw001>
- Szeto, A., Dobson, K. S., & Knaak, S. (2019). The road to mental readiness for first responders: A meta-analysis of program outcomes. *The Canadian Journal of Psychiatry, 64*(1\_Suppl), 18-29. <https://doi.org/10.1177/0706743719842562>
- Takala, J., Hämäläinen, P., Saarela, K. L., Yun, L. Y., Manickam, K., Jin, T. W., Heng, P., Tjong, C., Kheng, L. G., Lim, S., & Lin, G. S. (2014). Global estimates of the burden of injury and illness at work in 2012. *Journal of occupational and environmental hygiene, 11*(5), 326–337. <https://doi.org/10.1080/15459624.2013.863131>


Taylor, N. A. S., Fullagar, H. H. K., Sampson, J. A., Notley, S. R., Burley, S. D., Lee, D. S., & Groeller, H. (2015). Employment standards for Australian urban firefighters: Part 2: The physiological demands and the criterion tasks. *J Occup Environ Med*, *57*(10), 1072–1082. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000526>

Wagner, S. L., Koehn, C., White, M. I., Harder, H. G., Schultz, I. Z., Williams-Whitt, K., Warje, O., Dionne, C. E., Koehoorn, M., Pasca, R., Hsu, V., McGuire, L., Schulz, W., Kube, D., & Wright, M. D. (2016). Mental Health Interventions in the Workplace and Work Outcomes: A Best-Evidence Synthesis of Systematic Reviews. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *7*(1), 1–14.

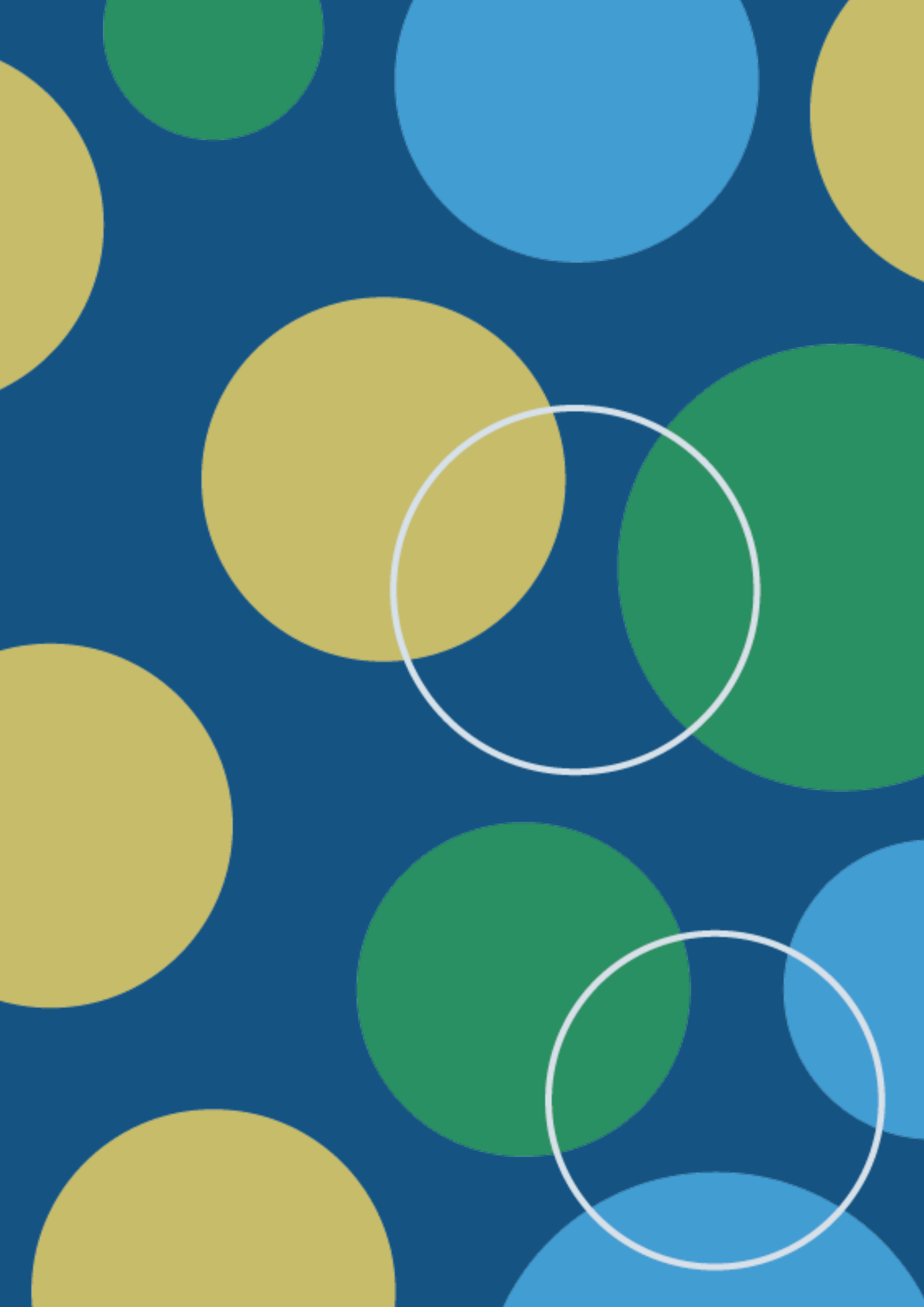
Wagner, S. L., White, N., Fyfe, T., Matthews, L. R., Randall, C., Regehr, C., White, M., Alden, L. E., Buys, N., Carey, M. G., Corneil, W., Fraess-Phillips, A., Krutop, E., & Fleischmann, M. H. (2020). Systematic review of posttraumatic stress disorder in police officers following routine work-related critical incident exposure. *American Journal of Industrial Medicine*, *63*(7), 600-615. <https://doi.org/10.1002/ajim.23120>

Wood, A. G., Wilkinson, A., Turner, M. J., Haslam, C. O., & Barker, J. B. (2021). Into the fire: Applying Rational Emotive Behavioral Coaching (REBC) to reduce irrational beliefs and stress in fire service personnel. *International Journal of Stress Management*, *28*(3), 232–243. <https://doi.org/10.1037/str0000228>

World Health Organization. (1986). *Ottawa Chapter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa.



PARTE II  
**EVIDÊNCIAS  
DO CONTEXTO  
LOCAL**





## CAPÍTULO 3

# Avaliação das Demandas, Barreiras e Propostas para Melhoria da Saúde de Profissionais da Segurança Pública

*Victoria Ayelen Gomez*

*Caio de Melo*

*Alice Miranda Bentes*

*Daniela Sacramento Zanini*

*Sheila Giardini Murta*

Os problemas e queixas de saúde dos trabalhadores de segurança pública são o foco deste capítulo. Aqui é apresentado um levantamento das principais demandas de saúde relatadas pelos próprios profissionais, bem como proposição de melhorias frente às demandas encontradas. Ademais, foram ainda feitas propostas de intervenções diante das necessidades relatadas. Os dados abordados neste capítulo são resultados de grupos focais, técnica de coleta de dados que se baseia nas interações de um grupo envolvido na discussão de alguma temática específica, tornando possível conhecer as impressões pessoais sobre o assunto, percepções, atitudes e representações sociais (Gondim, 2003). Dessa forma, a proposição de um tópico para discussão em grupo permite a definição de um foco de estudo, bem como o levantamento de opiniões e experiências advindas das trocas, comparações e interações que acontecem entre os participantes (Morgan, 1997).

Para conhecer os principais desafios relacionados à saúde enfrentados pelos trabalhadores da segurança pública é fundamental escutá-los em profundidade, permitir que se expressem e pontuem as questões do seu cotidiano laboral. Para isso foram realizados grupos focais em 26 unidades federativas do território nacional, cujos resultados serão apresentados ao longo deste capítulo. Para compreender os resultados, é importante esclarecer os objetivos desta etapa da pesquisa. De maneira geral pretendeu-se examinar a percepção dos profissionais da segurança pública sobre os problemas de saúde mais relevantes que os acometem. De forma específica, foram objetivos: i) obter informações sobre os **problemas e queixas de saúde** mais relevantes do segmento ocupacional; ii) identificar as **proposições para melhorar os problemas de saúde** segundo os próprios atores da segurança pública; e iii) avaliar a **viabilidade de implementação dessas proposições** (entender quais são as barreiras e os facilitadores das soluções propostas pelos próprios participantes).

## Método

Para a realização desta etapa da pesquisa, duplas de pesquisadores(as) visitaram pessoalmente as instituições de segurança pública das 27 capitais brasileiras. Além da realização dos grupos focais, buscou-se conhecer as instalações e dialogar com os pontos focais (que são profissionais de referência dos órgãos de segurança de cada capital) sobre as boas práticas de saúde já existentes, como projetos, centros, campanhas e ações em geral. O mapeamento detalhado das boas práticas a nível nacional é discutido no capítulo 4 deste livro.

Para a realização dos grupos focais, a SENASP enviou previamente um ofício às instituições, solicitando aos pontos focais que organizassem o local e os participantes. Quando a quantidade de participantes foi insuficiente para um grupo focal (menos de quatro indivíduos), optou-se por realizar entrevistas individuais. Ao todo foram realizados 47 grupos focais e oito entrevistas em 25 estados brasileiros<sup>2</sup> e no Distrito Federal, entre outubro e novembro de 2021, com a participação da Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Militar, Polícia Civil, Polícia Científica e Polícia Penal.

Em cada estado foram realizados dois grupos focais, sendo um às 9h com profissionais de saúde e o outro às 14h com profissionais do setor de recursos humanos. Foi solicitado a cada força da segurança pública a presença de pelo menos dois representantes por grupo focal. Para cumprir os requisitos metodológicos, era necessária a presença de quatro a 10 participantes no total. Quando os requisitos não foram cumpridos,

<sup>2</sup> Durante as viagens às capitais, as instalações das instituições do estado de Pernambuco foram visitadas, tendo sido realizado o diálogo sobre as boas práticas com os profissionais. No entanto, não foi possível realizar grupos focais ou entrevistas.

optou-se pela realização de entrevistas, mantendo as mesmas orientações e perguntas norteadoras.

Uma vez que o grupo estava reunido, os pesquisadores explicaram que os resultados da análise desta pesquisa seriam a base para propor planos nacionais de ação para melhoria da qualidade de vida e valorização dos profissionais da segurança pública. Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes receberam as instruções de serem claros, objetivos e concisos ao expor suas ideias; respeitar e ouvir as opiniões dos colegas; compreender que não existem opiniões corretas ou erradas; perceber que a participação de todos é igual e não há hierarquia entre os participantes; manter sigilo das informações; e participar ativamente das atividades. Uma vez que todos estavam de acordo com a participação, as perguntas norteadoras obedeceram a seguinte ordem:

1. Na opinião dos senhores e das senhoras, quais são os problemas de saúde mais relevantes dos trabalhadores da segurança pública no geral?
2. Pensando em cada uma das forças, há problemas de saúde que são mais específicos do tipo de força e desta região?
3. Existem programas e/ou ações para melhorar estes problemas de saúde? Quais proposições poderiam ser realizadas para melhoria destes problemas de saúde?
4. Na opinião dos senhores e das senhoras, quais são as barreiras para implementação dessas soluções?
5. Quais são os facilitadores da implementação dessas soluções? (O que poderia ajudar a implementar essas soluções?)

6. Considerando estes facilitadores e estas barreiras, quais seriam as propostas prioritárias para melhoria da saúde das suas forças de trabalho?

O tempo médio de duração dos grupos focais e entrevistas foi de duas horas, em um total de 4.315 minutos de gravação. As gravações foram transcritas e analisadas com auxílio do software IRAMuTeQ.

## Análise dos Dados

A análise baseou-se no método de Análise de Conteúdo de Bardin (1997) e os dados foram processados com o *software de Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMuTeQ) (Ratinaud, 2014). Para Bardin (2011), a análise do conteúdo é um método empírico que tem como objetivo analisar o que é dito utilizando a investigação do discurso. A autora faz referência a um conjunto de técnicas de análise da fala que faz uso de procedimentos sistemáticos previamente formulados que têm como objetivo a compreensão do conteúdo das mensagens. O IRaMuTeQ é um *software* gratuito, ancorado no ambiente estatístico do *software* R e na linguagem *Python*, que oferece diferentes tipos de análise estatística de dados qualitativos, possibilitando, por exemplo, a comparação dos dados em função de variáveis e características do produtor do texto (Carmargo & Justo, 2013). Assim, o material transcrito das gravações dos grupos focais e entrevistas serviu como texto passível de análises, descrições e comparações.

Obedecendo às exigências do IRAMuTeQ, as transcrições foram unificadas em um único arquivo de texto, denominado *corpus textual*, e salvo em formato *Unicode Transformation Format 8 bit code units* (UTF-8). Posteriormente o *corpus* foi revisado gramaticalmente e decodificado para padronizar siglas, palavras compostas e termos que apresentam relevância para a pesquisa. O recurso underline foi utilizado para manter o sentido semântico de expressões relevantes, para que o programa não analise cada palavra separadamente, mas sim o seu significado em conjunto (a expressão “clima organizacional”, por exemplo, foi decodificada como clima\_organizacional).

As análises estatísticas do IRAMuTeQ e o método de análise de conteúdo de Bardin (1977) servem como subsídio para desenvolver os resultados encontrados na realização dos grupos focais, que também conta com a expertise dos pesquisadores e a revisão da literatura. Assim, garantimos a descrição de resultados com o devido rigor científico e contextualização das realidades estudadas.

# Resultados

O *corpus* textual foi submetido a três métodos de análises no IRaMuTeQ: i) Análise Lexicográfica; ii) Estatísticas Textuais e Classificação Hierárquica Descendente; e iii) Análise de Similitude.

## Análise lexicográfica

Os resultados da análise lexicográfica apresentam características gerais do corpus textual, que podem ser vistos na Tabela 1. É um tipo de análise de dados textuais mais básica, que envolve o cálculo da quantidade, frequência e distribuição das palavras (Camargo & Justo, 2013; Mendes, et al, 2019). Portanto, resulta em dados como o número de textos, número de ocorrências, formas lexicais e o número de hapax, ou seja, palavras com frequência um (Camargo & Justo, 2013).

	Resultados
Textos	26
Segmentos de texto	9.578
Ocorrências	338.912
Formas lexicais	13.796
Hapax	5.824 (42,22% das formas - 1,72% das ocorrências)

**Tabela 1**

*Descrição do corpus: resultados da análise lexicográfica.*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

O *corpus textual* analisado possui 26 diferentes textos de língua portuguesa (Brasil) e um total de 338.912 ocorrências (quantidade total de palavras) com 13.796 diferentes formas lexicais (redução das palavras em suas raízes), de acordo com a lematização. Cada texto (unidades do *corpus*) representa o conjunto de transcrições dos grupos focais e entrevistas realizadas em uma unidade federativa brasileira. Lematizar o corpus consiste em deflexionar as palavras para determinar seu lema, a partir do radical, considerando o contexto. Esse processo elimina o final flexionado da palavra para normalizar o texto, diminuindo sua complexidade sem comprometer a precisão (Mendes, et al, 2019). Assim, formas como “avaliei” e “avaliará” são consideradas frequências da forma comum “avaliar”. O número de hapax observado foi de 5.824, ou seja, 42,22% das ocorrências foram mencionadas apenas uma vez no *corpus*, considerando a correção prévia de erros ortográficos.



## Estatísticas Textuais e Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do Corpus Textual

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ou método de Reinert, é um processo de agrupamento de segmentos de texto que dá origem a uma classificação (Sousa, et al., 2020). Assim, o *corpus textual* é separado em diferentes classes. Segmentos de texto (STs) são partes do texto que possuem uma mesma coerência semântica, usualmente de até três linhas, considerando o ambiente das palavras (Camargo & Justo, 2016). Nesse tipo de análise, os segmentos de texto são classificados com base na semelhança vocabular (Camargo & Justo, 2013). A CHD é uma análise importante para a interpretação dos dados como forma de identificar temáticas que permeiam o conjunto de textos (Sousa, et al., 2020).

	Resultados
Textos	26
Segmentos de texto	9.578
Formas lexicais	13.796
Ocorrências	338.912
Lemas	7.698
Formas ativas	7.027
Formas suplementares	656
Formas ativas com a frequência $\geq 5$	2.395
Classes	5
Segmentos classificados	8.584 (89,62%)

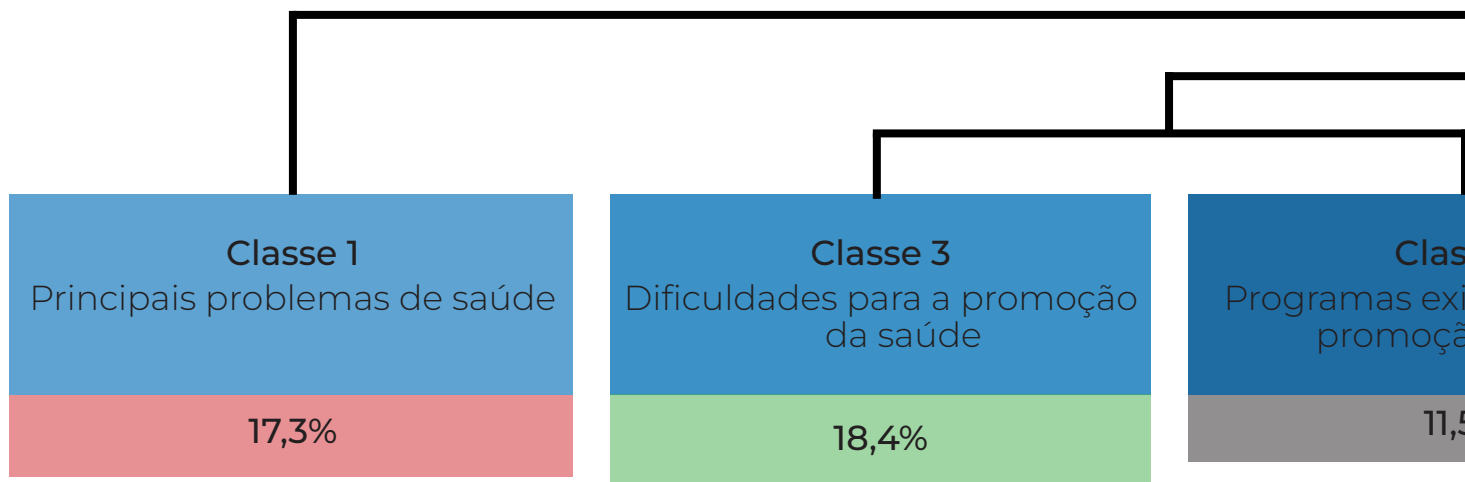
**Tabela 2**

*Resultados estatísticos da CHD.*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Conforme a Tabela 2, após o processamento da CHD, o *corpus* foi dividido em 26 textos e 9.578 STs de aproximadamente três linhas cada, com 7.027 formas ativas e índice de retenção de 89,62 % (segmentos classificados). O dimensionamento para determinar a extensão dos STs foi realizado de forma padrão pelo próprio *software*. Foram considerados apenas substantivos, adjetivos e verbos como formas ativas na CHD, em atenção à maior relevância semântica para o entendimento do contexto analisado. Quanto ao índice de retenção, resultados maiores que 75% são considerados um bom aproveitamento e bem aceitos para análises no IRaMuTeQ (Ratinaud, 2014; Camargo & Justo, 2016).

A Figura 1 apresenta um dendograma que ilustra a divisão entre as classes propostas. A força de associação entre as palavras ativas e sua respectiva classe é medida através do teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson com resultado maior que 3,84, representando um valor de  $p < 0,05$  (Salviati, 2017). Quanto maior o seu valor, mais provável a hipótese de dependência entre a palavra ativa e a classe (Carvalho et al., 2020). Os retângulos coloridos representam a organização do material de texto em classes que possuem relações entre si, sinalizadas pelas retas de ligação. As palavras no topo da lista e com maior tamanho possuem mais influência na classe.



doença  
doença  
\_mental  
depressão  
ansiedade  
problemas  
\_osteomusculares  
afastamento  
doença  
estresse  
hipertensão  
Dependência  
\_química  
transtorno  
diabetes  
coluna  
obesidade  
joelho

psicólogo  
atender  
médico  
psiquiatra  
consulta  
\_psicológica  
assistência  
\_social  
hospital  
dentista  
encaminhar  
psicologia  
interior  
convênio  
\_de\_saúde  
fisioterapeuta  
enfermeiro  
poli-clínica

ação  
centro  
preve  
projel  
univer  
progra  
orient  
campan  
curativ  
desem  
comida  
primári  
fortalec  
academ  
constru  
parceri

**Figura 1**

Classificação desenvolvida pela análise de CHD.

Nota. Elaborada pelos autores.

Legenda. Palavras unidas com underline ( ) devem ser entendidas conforme o sentido semântico da expressão (doença\_mental, consulta\_psicológica, concurso\_público, etc.).

A análise pela CHD do *corpus textual* revelou cinco diferentes classes, que foram nomeadas por consenso entre os pesquisadores com base na composição das palavras e dos discursos predominantes, representando os temas centrais de cada classe. As classes lexicais receberam as seguintes nomeações:

**Classe 1:** Principais problemas de saúde

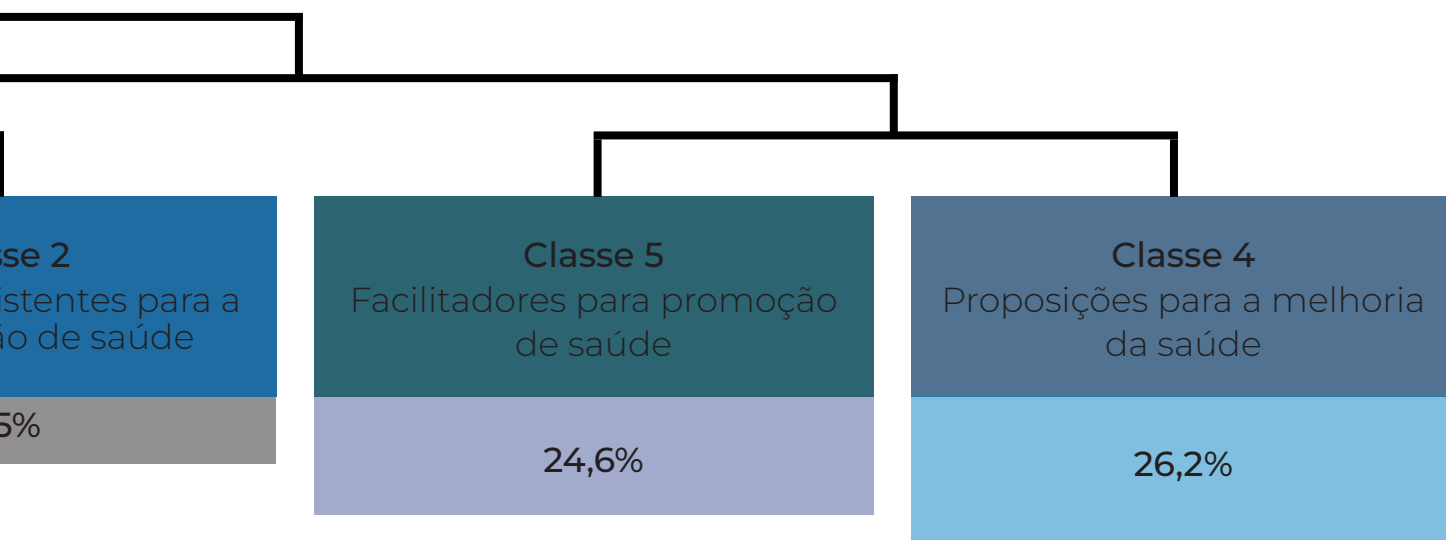
**Classe 2:** Programas existentes para a promoção da saúde

**Classe 3:** Dificuldades para a promoção da saúde

**Classe 4:** Proposições para a melhoria da saúde

**Classe 5:** Facilitadores para a promoção da saúde

Uma primeira análise nos permite observar que a classe 1 (principais problemas de saúde) aparece destacada das demais,



o  
nção  
to  
sidade  
ma  
ação  
inha  
vo  
volver  
n  
er  
nia  
ução  
a

achar  
político  
gestor  
saúde  
importante  
recurso  
gestão  
obstáculo  
oportunidade  
melhorar  
vontade  
político  
falta  
burocracia  
política  
\_institucional

ano  
curso  
concurso  
\_público  
sair  
cara  
saber  
passar  
entrar  
querer  
salário  
preparar  
falar  
vez  
concurso  
perito  
pedir

mostrando seu caráter protagonista no discurso, que se ramifica em quatro outras classes. Enquanto as classes 2 e 3 / 4 e 5 apresentam conteúdos mais próximos, a classe 1 está relacionada a todas de maneira mais ampla. Lembrando que o tema central de discussão é a saúde dos servidores, o tema saúde é o principal eixo de correlação entre todas as classes.

A seguir apresentamos detalhes sobre as interpretações provenientes da CHD. As evidências empíricas (EE) que suportam as interpretações foram agrupadas em quadros resumo conforme categoria de interesse e mais altos valores de escore de cada ST em cada classe.

## Classe 1: Principais problemas de saúde

A classe 1 aparece ressaltada das demais e indica o principal foco do discurso dos servidores. Seu conteúdo remete aos principais problemas de saúde enfrentados pelas instituições, que estão relacionados à saúde mental, problemas osteomusculares, cardiopatias, diabetes, obesidade e dependência química. Apesar de encontrarem correlação desses problemas com a natureza do seu trabalho, os profissionais se questionam como poderiam ser minimizados ou evitados, o que aparece também nas outras classes identificadas pela CHD.

Entre os problemas relacionados à saúde mental destacam-se a depressão, crises de ansiedade, estresse, suicídio e *burnout*. Contextualizando algumas palavras que se destacam na Figura 1, as doenças acabam levando ao “afastamento”, o que prejudica a instituição como um todo e reforça a necessidade de programas preventivos. As demais palavras estão diretamente relacionadas a doenças específicas. Foram observados também discursos onde doenças mentais estavam relacionadas a problemas osteomusculares (Tabela 3). Essa relação pode ser entendida de forma direta, quando o corpo é prejudicado pelo excesso de estresse, por exemplo, elevando a pressão arterial e a presença de hormônios agressivos; e de forma indireta, quando a depressão diminui o empenho do profissional e facilita a ocorrência de lesões. Além da saúde física e mental estarem estreitamente relacionadas, deve-se considerar a saúde de forma ampla em sua multidimensionalidade, que também abarca temas familiares, de valorização e de sobrecarga no trabalho. A sobrecarga de trabalho ocorre principalmente pelo efetivo reduzido das instituições, que acaba sendo insuficiente para atender a todas as demandas, segundo os entrevistados.

Score por ST	Evidência Empírica
4128.59	são as <b>cardiopatas</b> problemas de <b>hipertensão</b> gravíssimos <b>depressão</b> <b>estresse</b> <b>ansiedade</b> e <b>suicídio</b> só complementando é basicamente o que ele falou mais a <b>doença_mental</b> que é a <b>ansiedade</b> toda <b>doença_mental</b>
4057.16	lá na instituição é um pouco diferente nós temos problema com <b>dependência_química</b> muito muito <b>álcool</b> mesmo temos <b>doença_mental</b> temos <b>burnout</b> <b>ansiedade</b> <b>depressão</b> <b>estresse</b> muito muito muito mesmo
4027.28	<b>problemas_osteomusculares</b> , <b>doença_mental</b> <b>ansiedade</b> e <b>depressão</b> juntando isso tudo aqui a gente percebe muito que <b>problemas psiquiátricos</b> e <b>doença_mental</b> não são específicos só da nossa junta_médica de modo geral no país inteiro tem esse problema
3907.20	então isso gera toda uma questão de <b>doença_mental</b> , <b>doença_mental</b> e o que mais aparece é <b>depressão</b> e <b>ansiedade</b> , mas tem outras questões falando de <b>saúde_mental</b> que às vezes aparecem, mas muito raramente uma <b>esquizofrenia</b> doenças mesmo do adoecimento em relação a <b>sobrecarga_de_trabalho</b>
3895.96	nós temos o maior índice de afastamento por <b>problemas_osteomusculares</b> problemas relacionados a coluna e joelho 35% de afastamentos nas juntas são relacionados à <b>doença_mental</b> , mas percebemos que os <b>problemas_osteomusculares</b> estão relacionados à <b>doença_mental</b> estão interligados

#### Classe 4: Proposições para a melhoria da saúde

O principal tema abordado na Classe 4 (melhor exemplificado na Tabela 4) é a necessidade de políticas de promoção da saúde, a qual compreende propostas feitas pelos participantes para a melhoria da saúde dos trabalhadores, justificando sua nomenclatura. Os participantes destacam a necessidade de maior investimento na área de promoção da saúde, além de que a utilização dos recursos já existentes seria facilitada se houvesse uma verba específica direcionada para a saúde. A implementação dessas políticas também seria facilitada com a criação de comissões de qualidade de vida, para que haja permanência das ações independente da gestão, uma vez que a falta de interesse do gestor é apontada como um grande dificultador de sua implementação.

#### Tabela 3

Resultados estatísticos da CHD.

Nota. Elaborada pelos autores.

Legenda. Cada classe possui distinta variação de escore. O negrito aponta ênfase dada pelos pesquisadores(as).

O efetivo reduzido, outro empecilho apontado, seria resolvido com a criação de mais concursos públicos, expressão que aparece em destaque na Figura 1, assim como palavras a ela correlacionadas, como “entrar”, que se refere a entrar na instituição, “ano” (de entrada), “curso” (de formação), “sair” (referente à alta evasão), “passar” (aprovação no concurso), “querer” (vontade de permanecer), “salário” (como fator decisivo de permanência ou desistência), “preparar” (necessidade de melhor preparo para exercer a função). Assim, percebe-se a complexidade envolvida com o tema da contratação. Os profissionais se queixam que trabalham sempre muito abaixo do efetivo ideal e os concursos públicos costumam ser insuficientes para suprir as necessidades da corporação, pois a quantidade de novos ingressantes é inferior ao desfalque no momento da contratação. Além disso, comentam que muitos aprovados permanecem por pouco tempo porque costumam usar o concurso como “ponte para algo melhor”, o que em alguns casos reflete as condições de trabalho precárias que são insuficientes para despertar interesse em continuar na instituição.

Outro aspecto diz respeito à necessidade de um melhor processo de seleção, para aprovar pessoas que tenham características adequadas ao ofício, pois muitas pessoas selecionadas, com pouco tempo de serviço, entram com atestados médicos relacionados à falta de aptidão para o cargo, como depressão ou transtorno de ansiedade por vivenciar experiências comuns no cotidiano, por exemplo, situações de violência. Essas foram as principais problemáticas relacionadas ao tema “concurso público”, que aparece como uma solução ao efetivo reduzido, desde que se tenha em conta a discussão mencionada. Ou seja, não basta fazer mais concursos, é preciso melhorar o processo

de seleção dos profissionais e oferecer melhores condições de trabalho para que queiram permanecer na instituição, incluindo ações preventivas e de manutenção da saúde, diminuindo assim os pedidos de exoneração e atestados. Os problemas de saúde aparecem, portanto, de forma multidimensional, parte podendo ser solucionados por políticas de saúde internas, que sejam perenes, ajudando os profissionais nos desafios do ofício; parte sendo solucionados por selecionar profissionais com recursos psicológicos compatíveis ao cargo e oferecer condições de trabalho que despertem o desejo de permanência, o que acaba afetando a saúde positivamente.

#### Tabela 4

*Evidências empíricas da Classe 4: proposições para melhoria da saúde.*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

*Legenda.* Cada classe possui distinta variação de escore. O negrito aponta ênfase dada pelos pesquisadores(as).

Score por ST	Evidência Empírica
828.14	<i>acho que objetivamente os prós é você ter uma <b>política de promoção_de_saúde</b> gestão de saúde os planos táticos os planos estratégicos das instituições para promoção_de_saúde isso é positivo dentro das nossas instituições porque existem projetos existem planos já inclusive a nível estratégico de comando</i>
822.96	<i>não talvez até essa <b>falta de prioridade</b> de alguns gestores com relação ao bem estar dificulta essa realocação não que eles não achem importante mas há demandas que digamos são mais relevantes pra gestão dele deixando outras em segundo plano pela <b>situação_financeira</b></i>
790.69	<i>acho que a barreira é a <b>falta de interesse do gestor</b> e o facilitador é ser criado uma comissão para fazer um estudo e ver que tem de interessante e criar algo para melhorar essa <b>qualidade_de_vida</b> de cada um e com isso dos necessitados</i>
786.61	<i><b>vontade política</b> de fato detida por uma lei o olhar uma gestão a nível micro e macro eu acho que falta de gestão falta um olhar diferenciado porque material para se levantar as demandas já tem é só olhar</i>
786.61	<i><b>sem esse investimento</b> a gente não consegue trabalhar e aí isso é uma reclamação no nível de gestores contemplar uma verba específica para saúde isso é muito importante outra questão de obstáculos é o <b>efetivo_reduzido</b> falta de pessoal da área_da_saúde dinheiro</i>



### *Classe 5: Facilitadores para a promoção da saúde*

A classe 5 (com evidências descritas na Tabela 5) está estreitamente ligada à classe 4, como observado na Figura 1, mas o discurso está mais centrado nos facilitadores para a implementação das proposições. Observa-se, portanto, relatos sobre cursos de formação internos das instituições (Tabela 5), seja para ascensão profissional (o que se converte em valorização profissional e melhores condições de trabalho) ou para trabalhar diretamente a qualidade de vida, como educação financeira (ajudando ao não endividamento) e preparação para a aposentadoria. Entendemos que os cursos de formação são práticas que facilitam a promoção da saúde de forma direta ou indireta.

As palavras de destaque no dendograma da CHD (Figura 1) para a classe 5 nos ajudam a entender melhor o contexto dos cursos de formação. “Política” e “gestor” denotam como esses cursos dependem do interesse da gestão, o que é visto como “obstáculo” e “oportunidade” ao mesmo tempo. Assim, para o bom andamento de programas de saúde vê-se a necessidade de se criar uma “política institucional” para garantir sua estabilidade e manutenção; ficando menos suscetíveis às variações de gestores. “Saúde” e “importante” são palavras que ressaltam a importância dessas formações para a saúde, mas para isso é necessário “recurso”. Os cursos são vistos como uma “oportunidade” para “melhorar” a “saúde”, mas dependem da “vontade” do “gestor” ou “político”, e por vezes também são dificultados pelo excesso de “burocracia”. Vemos mais uma vez como a instabilidade dos projetos de promoção da saúde afetam negativamente os servidores da segurança pública, que veem nos cursos de formação uma oportunidade positiva.

Escore por ST	Evidência Empírica
695.90	<i>“agora no curso de formação oficial e o cfc o cfs, aí realmente se é cobrado a cada 10 anos pra poder fazer o chc ou chs e tem uma ascensão se você não passou em nenhum <b>concurso_público</b>”</i>
673.57	<i>“então a partir daí eu vou usar a minha profissão como exemplo o cara conseguiu concluir o curso de medicina e por situações da vida ele resolveu fazer o <b>concurso_público</b> pra praça combatente lá no quartel e aí entrou como soldado”</i>
655.23	<i>“não é coisa pra fazer no curso de progressão que você está fazendo de forma obrigada é envolvendo para que as pessoas cheguem a essa conclusão eu já tenho alguns anos de polícia então eu não sei te falar como que ficou de lá pra cá”</i>
653.88	<i>“é exatamente porque quando a gente passa num <b>curso de formação</b> e assume ganha o primeiro salário é pra se endividar não é pra sair do endividamento então é uma bola de neve que não vai ter volta nunca”</i>
605.92	<i>“faltando dois anos para o profissional de reserva se aposentar ele vai passar por um curso com aulas sobre empreendedorismo aulas psicológicas e sobre psicologia com o objetivo de trabalhar o que o servidor vai fazer após a aposentadoria”</i>

### Classe 3: Dificuldades para a promoção da saúde

Os discursos predominantes na classe 3 se referem à falta de equipes especializadas de saúde (Tabela 6), o que entende-se como uma dificuldade para sua promoção. Devido à quantidade insuficiente de profissionais, o atendimento muitas vezes limita-se a um caráter emergencial curativo e deriva em tratamentos externos, o que dificulta a adesão. Podemos observar na Figura 1 o destaque das palavras “psicólogo”, “atendimento”, “psiquiatra”, “assistência social”, “fisioterapeuta” e “enfermeiro”, que reforçam a necessidade desses profissionais.

A adesão a tratamentos de saúde mental apresenta dificuldades específicas, visto a importância do vínculo entre paciente e terapeuta. Além disso, também se observa um elevado escore para o discurso referente à identidade institucional. Muitos agen-

### Tabela 5

*Evidências empíricas da Classe 5: facilitadores para a promoção da saúde,*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

*Legenda.* Cada classe possui distinta variação de escore. O negrito aponta ênfase dada pelos pesquisadores(as).

tes da segurança pública relatam que a analogia de sua função com o heroísmo é negativa para a saúde, com pensamentos como “superiores ao tempo”, quando os operadores de segurança pública precisam enfrentar diversas situações, sem que possam reclamar, como por exemplo, as intempéries climáticas, frio, sol intenso, chuva, dentre outras, sendo impedimentos da busca por auxílio médico, principalmente em temas relacionados à saúde mental. A postura pejorativa dos colegas inibe o pedido por ajuda, o que é agravado quando o local de atendimento é próximo a outros setores, colocando em evidência o paciente. Nesse sentido, locais de atendimento distantes da corporação, em ambiente específico para o tratamento, facilitam sua adesão e eficácia, assim como campanhas de conscientização sobre temas relacionados à saúde mental, como suicídio, depressão e ansiedade.

**Tabela 6**

*Evidências empíricas da Classe 3: dificuldades para a promoção da saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

*Legenda.* Cada classe possui distinta variação de escore. O negrito aponta ênfase dada pelos pesquisadores(as).

Score por ST

Evidência Empírica

2459.16	<i>“não só administrativo o pessoal de atendimento psicólogo, enfermeiro assistente social médico eles estão piores a gente percebe que essa <b>identidade institucional</b> que está sendo criada ela está muito vinculada à polícia”</i>
2393.58	<i>“<b>assistência_social</b> só tem eu nós temos quatro psicólogos nós temos três médicos cada um na sua área específica é um clínico geral uma que atende a saúde da mulher e o outro que é o psiquiatra”</i>
2347.20	<i>“nós <b>precisamos de psiquiatra com urgência</b> onde nós temos nossa perícia lá temos também um atendimento ambulatorial não temos justamente os psiquiatras e os psicólogo para acolher e atender os profissionais”</i>
2243.82	<i>“como já foi falado de manhã nós não temos psiquiatra nós temos duas psicólogas que têm dado conta do atendimento pelo menos o atendimento curativo mas nós não temos psiquiatra às vezes a psicóloga atende e indica que ele precisa de tratamento medicamentoso”</i>
2172.98	<i>“a respeito do que já existe nós temos atendimento aos servidores de <b>fisioterapia de psicologia</b> tanto no sistema mesmo como tem um psicólogo que atende no consultório dele e ”</i>

## *Classe 2: Programas existentes para a promoção da saúde*

Na classe 2 (com evidências apresentadas na Tabela 7) proposta pela CHD, vê-se discursos relacionados aos programas de promoção da saúde já existentes nas instituições, com ênfase na oferta de serviços de assistência social e psicológica. Vale ressaltar que na maioria das instituições esses serviços aparecem de forma isolada, sem uma estrutura sólida que permita abarcar as reais necessidades da instituição, acabando por caracterizar-se como paliativos. Assim, sugere-se que “poderiam ser institucionalizados programas e ações”, para que ganhem perenidade e amplitude para contemplar todos os profissionais. Também ressaltam projetos e programas em parceria com universidades públicas e privadas, tanto a nível de produção de conhecimento para fundamentar novas práticas, como para facilitar atendimentos médicos por meio de estágios ou convênios.

Pelas palavras destacadas na Figura 1, contextualizando-as no discurso, observa-se que “centro” se refere ao núcleo de diferentes programas já existentes, “prevenção” aparece ao mesmo tempo como uma necessidade e atual dificuldade, por razões já descritas na classe 3, devido ao fato de os programas assumirem um caráter mais “curativo”. Alguns projetos existentes estão relacionados à facilitação e incentivo a exercícios físicos, através de eventos de “corrida” e construção de “academia”, por exemplo. “Primário” reforça a necessidade de se trabalhar a saúde primária ou básica, o que só é possível mediante “parceria” com outras instituições.

1029.28	<i>“um programa específico não tem mas nós temos <b>ações isoladas</b> uma é um centro de atenção integrado de saúde assistência social e psicológica”</i>
997.92	<i>“e na minha humilde opinião acredito que <b>poderiam sim ser institucionalizados programas e ações</b> e criado um centro de atenção psicossocial ao profissional de segurança pública e complementasse o que já temos representado aqui fazendo com que toda a tropa de profissionais de segurança pública do estado fosse contemplado”</i>
991.47	<i>“as <b>universidades</b> onde que nasce o conhecimento científico é dentro das universidades temos programas e projetos maravilhosos nas universidades temos escolas de governo com poder incrível de ação porque essa comunicação não é mais facilitada”</i>
986.37	<i>“quais são os trâmites em relação a um centro de veteranos e pensionistas onde é que trava esse processo o programa consegue reunir atores que facilitam pra que ações e programas possam de fato coexistirem”</i>
953.51	<i>“seria uma coordenação clínica onde temos a ação do projeto terapêutico, mas ali dentro tem muita coisa nós temos uma coordenação de prevenção que tem tudo que os senhores trouxeram aqui como necessidade como possibilidade como ação que já está sendo efetivada”</i>

**Tabela 7**

*Evidências empíricas da Classe 2: programas existentes para a promoção da saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

*Legenda.* Cada classe possui distinta variação de escore. O negrito aponta ênfase dada pelos pesquisadores(as).

## Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

A partir do resultado da CHD é possível derivar uma Análise Fatorial por Correspondência (AFC), em que as classes são representadas em um plano fatorial (Sousa et al., 2020). Portanto, a Figura 2 apresenta as classes e suas palavras correspondentes de modo a permitir visualizar as relações entre elas. Nota-se que a independência da classe 1 (principais problemas de saúde) com relação às outras classes é confirmada na Figura 2. Além disso, também se confirma a interação entre as quatro outras classes, ressaltando principalmente a proximidade da classe 4 (proposições para melhoria da saúde) com a classe 5 (facilitadores para a promoção da saúde) e da classe 2 (programas exis-





Entende-se que o núcleo azul representa temas gerais mais diretamente ligados às instituições, que no discurso dos participantes apareceram próximos à fala da corporação em que trabalham. Assim, observam-se ressaltadas: a necessidade de realização de concurso público para aumento do efetivo; de contratação de equipe especializada de saúde; de maior oferta de serviços e melhor infraestrutura; além de comentários sobre os programas e ações existentes. A palavra “interior” remete às especificidades das regiões mais distantes dos grandes centros, que foram relatadas como mais carentes de infraestrutura e serviços.

Um de seus núcleos vizinhos, de cor verde, destaca a palavra “problema”, conectada com palavras como “grande”, “saúde mental”, “doença mental”, e “instituição”. A palavra “grande”, por sua vez, conecta-se a vocábulos como “dificuldade” e “demanda”. Infere-se que o discurso acerca dos problemas de saúde dos profissionais da segurança pública perpassou por relatos acerca da grande dimensão das demandas e dificuldades envolvidas. Além disso, os participantes deixaram nítida a preocupação com problemas de saúde mental dos servidores. Interessante notar como “policia” se ramifica em “atividade”, “vida polícia” e “família”. A atividade policial é considerada por si mesma exigente a nível físico, mental e emocional, o que alerta a importância para um melhor processo seletivo e cursos de formação. O tema familiar também foi abordado pelos participantes. Muitos relatam como as relações familiares são prejudicadas por diversas características da atividade policial, como a vivência diária de perigo, os plantões noturnos e o excesso de estresse. Muitos servidores são a principal fonte de sustento de uma família extensa, levan-



do-os a buscarem trabalhos extras, o que também prejudica sua saúde e relações.

O núcleo amarelo, muito próximo ao verde, ressalta a doença mental como principal problema, ramificando-se depois em problemas osteomusculares, ambos como causas de afastamento. De forma mais específica, vemos como a depressão, a ansiedade e o estresse são destacados em cadeia. A evidência de problemas específicos nos auxilia a pensar propostas de intervenção que atendam às demandas reais dos profissionais de segurança pública, de acordo com os relatos de suas vivências cotidianas.

O núcleo vermelho, também vizinho do núcleo azul, trata da saúde de forma mais ampla. Destacam-se subtópicos como “importante”, “gestor” e “projeto”. Como já evidenciado anteriormente na CHD, essas palavras remetem à importância do apoio da gestão e de recursos adequados para a implementação e continuidade de ações de promoção de saúde. Por fim, percebe-se como o núcleo lilás faz um gancho com o núcleo vermelho no que se pode entender como a saúde do servidor de segurança pública. A partir dessa compreensão observa-se que as questões se repetem com relação à importância do apoio da gestão e de equipe especializada em saúde para maior oferta de atendimentos.

## Conclusão

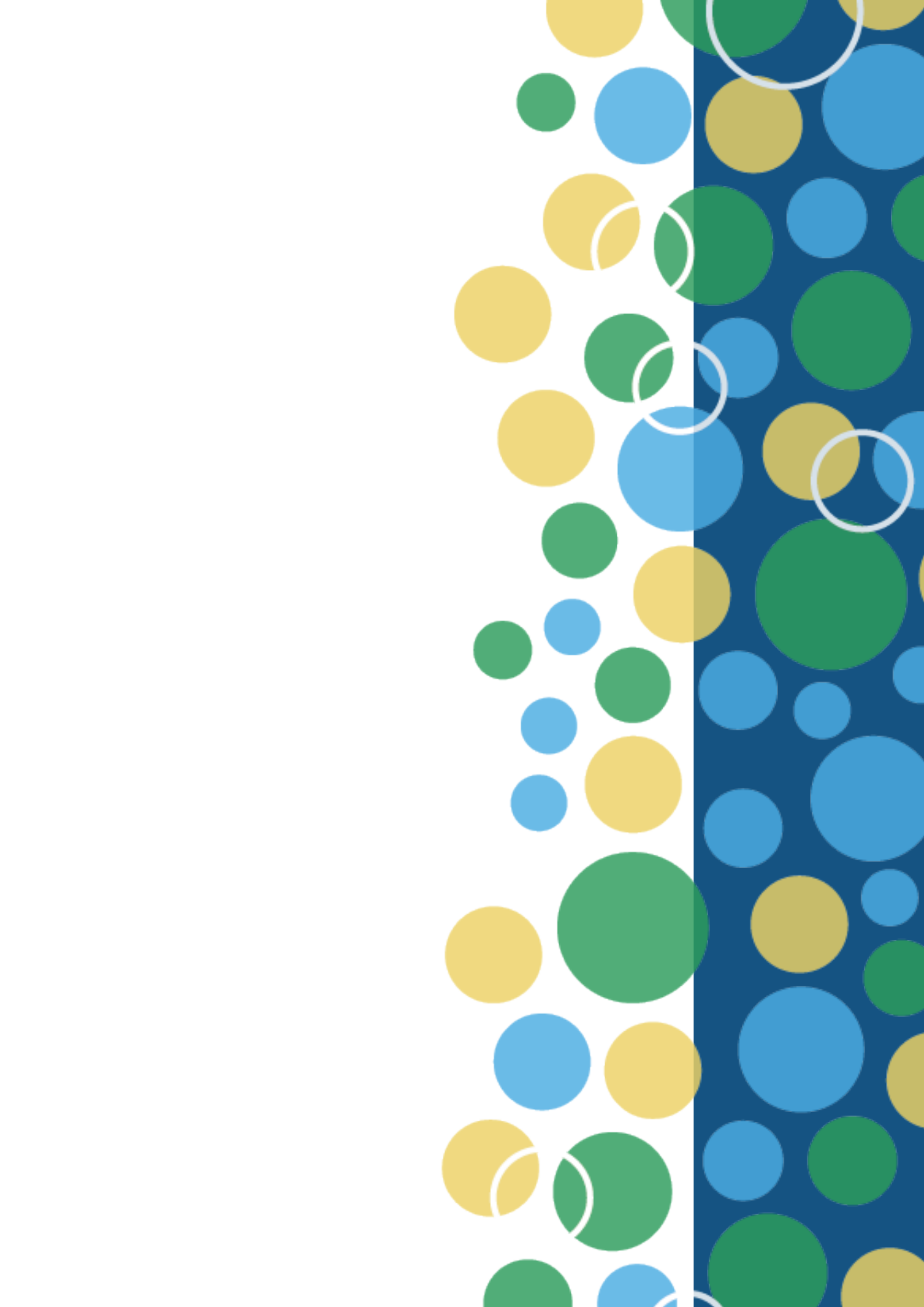
Os resultados indicam que os profissionais de segurança pública percebem como problemas de saúde mais relevantes as questões relacionadas à saúde mental, como depressão, ansiedade, *burnout* e estresse; doenças osteomusculares; doenças cardiovasculares; dependência química; diabetes e obesidade. Tais problemas podem atingir dimensões significativas, podendo levar a afastamentos, conflitos familiares e até suicídio, em casos mais graves. Na tentativa de minimizá-los, diversas ações de promoção de saúde são desenvolvidas, favorecendo também o desenvolvimento social. No entanto, os programas atravessam dificuldades para sua implementação e manutenção, como a falta de equipe especializada para atendimento, a instabilidade devido à dependência da gestão e a falta de recursos humanos, estruturais e financeiros. Além disso, os profissionais também relatam que para muitos companheiros pedir ajuda é sinal de fraqueza, evidenciando estigmas com relação ao processo saúde-doença que dificultam a procura por cuidados, principalmente relacionados à saúde mental.

A parceria com instituições públicas e privadas, como universidades, é vista como um facilitador da promoção da saúde. Nesse sentido, ressaltam a necessidade de políticas voltadas para o maior investimento em programas de prevenção e atenção primária, que sejam independentes de práticas específicas de gestões, para garantir sua continuidade. Também se vê necessário o aumento do efetivo, de forma estratégica, considerando uma melhor seleção de pessoal e incentivos relacionados a boas condições de trabalho.

Dessa maneira, com base no estudo realizado com os gru-

pos focais, percebe-se que existem diversas dimensões a serem consideradas para a proposição de diretrizes de intervenção na saúde da segurança pública. Descrevemos abaixo algumas sínteses:

- Formular e implementar políticas institucionais de saúde voltadas principalmente para os problemas de saúde mais relevantes do segmento ocupacional: saúde mental, problemas osteomusculares, hipertensão, diabetes e dependência química;
- Desenvolver programas com enfoque na prevenção e promoção de saúde, incluindo acompanhamentos, não apenas no atendimento curativo emergencial;
- Designar recursos financeiros específicos para sustentar a institucionalização de políticas de promoção da saúde, garantindo sua continuidade e abrangência;
- Criar e/ou ampliar equipes multiprofissionais de saúde preparadas para a oferta de serviços de prevenção primária, secundária e terciária à saúde;
- Melhorar as condições de trabalho por meio da ampliação do número de trabalhadores e sua capacitação profissional para lidar com estressores e demandas ocupacionais, o que poderá reduzir a sobrecarga e amenizar riscos à saúde ocupacional;
- Idealizar e implementar estratégias que proponham a reflexão acerca da importância do trabalhador da segurança pública buscar ajudar nos diversos âmbitos da saúde e vida pessoal;
- Desenvolver estratégias para sensibilização de gestores acerca da importância de projetos focados na saúde do trabalhador.



## Referências

Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Carvalho, T. S., Mota, D. M., & Saab, F. (2020). Utilização do software IRaMuTeQ na análise de contribuições da sociedade em processo regulatório conduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate*, 8(1), 10-21.

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2016). Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. *Laboratório de Psicologia Social Da Comunicação - UFSC*, 1-32. [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial IRaMuTeQ em portugues\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial IRaMuTeQ em portugues_17.03.2016.pdf)

Gondim, S. M. G. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 12(24), 149-161.

Mendes, A. M., Tonin, F. S., Buzzi, M. F., Pontarolo, R., & Fernandez-Llimos, F. (2019). Mapping pharmacy journals: A lexicographic analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(12), 1464-1471.

Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed., Vol. 16). SAGE Publications.

Ratinaud, P. (2014). IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires 0.7 alpha 2. [Computer Software]. <http://www.iramuteq.org>

Salviati, M. E. (2017). Manual do Aplicativo IRAMUTEQ (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3): Compilação, organização e notas de Maria Elisabeth Salviati. <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>

Sousa, Y. S. O., Gondim, S. M. G., Carias, I. A., Batista, J. S., & Machado D. C. M. (2020). O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), 2-19. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n2/15.pdf>

## CAPÍTULO 4

# Boas Práticas em Saúde na Área da Segurança Pública

*Amanda Vitoria Lopes*

*Dionne Rayssa Cardoso Correa*

*Ana Carolina Silva Coelho*

*Ranielly Pereira Barbosa*

*Daniela Sacramento Zanini*

*Sheila Giardini Murta*

O objetivo deste capítulo é apresentar uma síntese das boas práticas em saúde, que são consideradas ações, intervenções, programas ou políticas em andamento na corporação e percebidas pelos participantes como relevantes para o próprio contexto de trabalho, ainda que sem as necessárias evidências de viabilidade, eficácia e efetividade identificadas. As boas práticas em saúde foram coletadas por meio de visitas *in loco* realizadas nas corporações de algumas unidades da Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Civil, Polícia Científica e Polícia Penal de todas as capitais do país. A coleta foi realizada pela equipe de pesquisadores do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - CEPATS, vinculados ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. A seguir, é apresentado como foi realizada a coleta de dados, como esses dados foram analisados e de que forma as boas práticas em saúde estão presentes nas corporações de agentes de segurança pública em todo o país.

## Levantamento dos Dados

Este capítulo foi construído a partir da perspectiva dos pesquisadores que realizaram visitas *in loco* nas instituições de segurança pública participantes do estudo. Na ocasião, cada dupla de pesquisadores confeccionou um relatório tendo em vista a experiência vivenciada em cada local, destacando as boas práticas de saúde mencionadas durante as visitas e/ou grupos focais. A partir desses relatórios foi construída uma planilha identificando as ações, intervenções ou programas focados na saúde que existiam na organização local. Durante as visitas, os pesquisadores tinham dois objetivos principais: a) conhecer as instalações dialogando com os pontos focais (isto é, profissionais de referência destacados para representar as instituições nas respectivas UFs) sobre as boas práticas de saúde desenvolvidas nesses ambientes visitados; e b) realizar os grupos focais com os servidores de segurança pública convidados, cujos resultados foram objetos do capítulo 3.

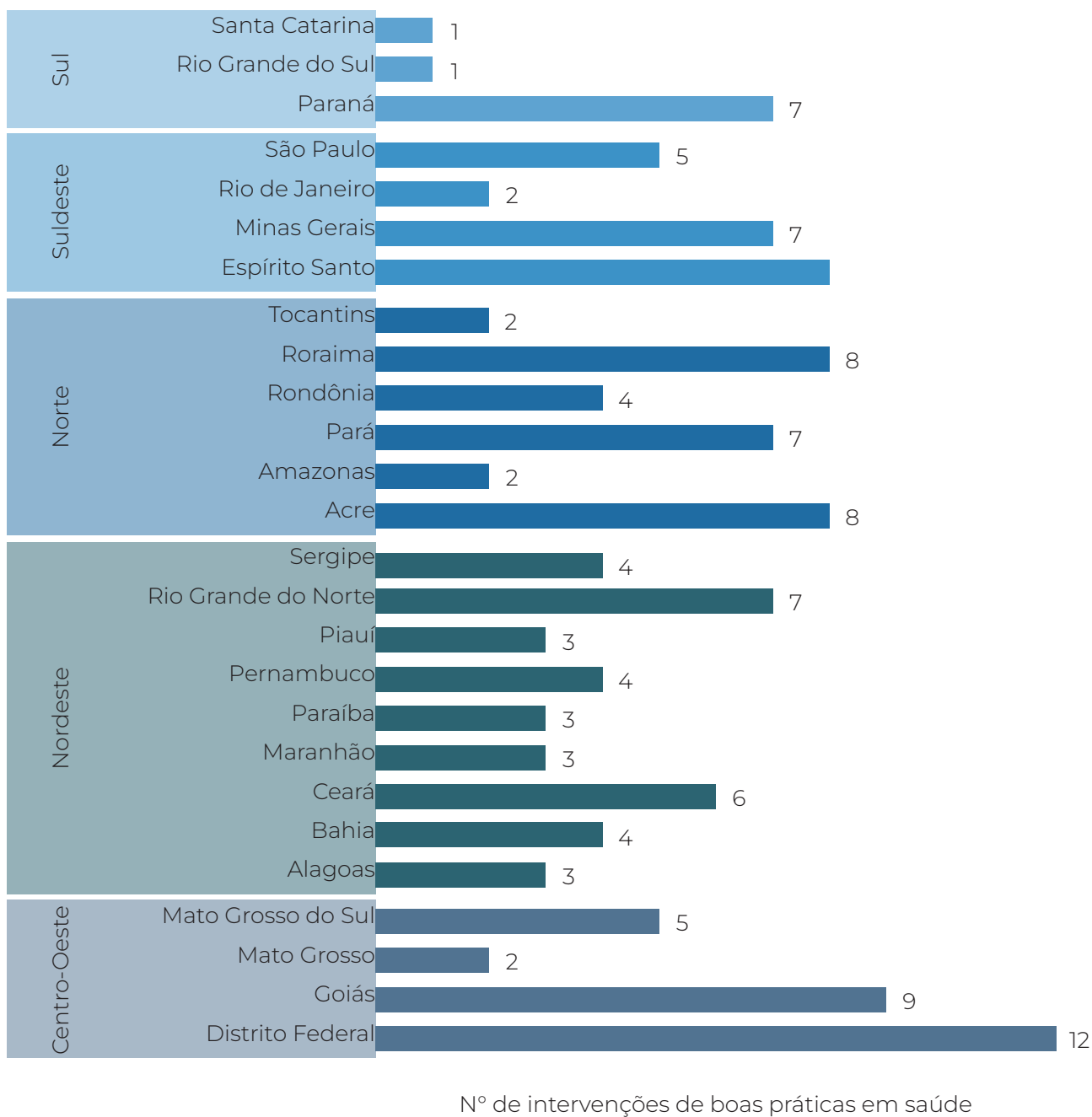


Foram realizadas visitas de Boas Práticas em Saúde em todas as capitais do país, com exceção de Natal (RN), Palmas (TO), Salvador (BA) e Macapá (AP). A Figura 1 apresenta o número de intervenções de boas práticas por Unidade Federativa identificadas após levantamento.

**Figura 1**

*Boas práticas em saúde por unidade federativa*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



# Resultados

## Serviços prestados pelas intervenções

A seguir são relatadas as intervenções de boas práticas em saúde organizadas em 14 categorias:

- *Aposentadoria*: intervenções voltadas para o preparo dos profissionais de segurança pública prestes a se aposentar.
- *Assistência jurídica*: intervenção que presta assistência jurídica aos profissionais de segurança pública.
- *Atendimento infantil*: intervenções voltadas para o atendimento dos filhos dos profissionais de segurança pública, como creche, espaço de convivência e educação odontológica infantil.
- *Atendimento multiprofissional em saúde*: intervenções que contam com mais de um serviço em saúde tendo como exemplos mais recorrentes: policlínicas, hospitais e convênios que consistem no atendimento com clínicos gerais; especialistas e outros profissionais de saúde, como dentista, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros.
- *Atendimento psicossocial*: intervenções que atuam, exclusivamente, no atendimento psicológico e/ou social dos agentes de segurança pública.
- *Atividade física*: intervenções voltadas à promoção da saúde física dos agentes de segurança pública.
- *Fisioterapia*: intervenções que realizam, exclusivamente, o atendimento terapêutico voltada para aspectos físicos, como o tratamento de lesões. Além de tratamentos físicos alternativos, como equoterapia e acupuntura.
- *Campanhas de conscientização*: intervenções destinadas a algum tipo de conscientização da tropa, principalmente,

à prevenção de doenças, como as campanhas Setembro Amarelo e Outubro Rosa.

- *Educação financeira*: intervenções destinadas a ensinar e auxiliar os agentes de segurança pública em lidar com as finanças pessoais.
- *Pesquisa*: intervenções destinadas ao levantamento de riscos à saúde no ambiente de trabalho ou demandas dos agentes da corporação.
- *Programa habitacional*: intervenção voltada aos agentes da corporação como forma de mediar questões vinculadas à habitação.
- *Rede de apoio*: intervenções voltadas à convivência social e o acolhimento da tropa e dependentes.
- *Religiosidade*: intervenções relacionadas à espiritualidade dos agentes, como o serviço de capelania e a construção de capela.
- *Voluntariado*: Programa que promove a seleção de voluntários das mais diversas áreas para a prestação de serviços aos profissionais de segurança pública.

A seguir, na Tabela 1 é apresentada a frequência e a porcentagem de intervenções de acordo com as categorias propostas em ordem decrescente. De acordo com a Tabela 1, atendimento multiprofissional em saúde (26%) e atendimento psicossocial (20,5%) representam, juntas, quase metade das intervenções de boas práticas em saúde. Esse é um resultado esperado, visto que ambos estão voltados para a prevenção específica e pronto atendimento dos agentes de segurança pública. Já em outro extremo, assistência jurídica (0,8%), programa habitacional (0,8%) e voluntariado (0,8%) têm apenas uma intervenção cada. Verificou-se a ocorrência de assistência jurí-

dica em São Paulo, sendo a intervenção prestada a todos profissionais pela Secretaria de Segurança Pública do Estado. Em relação ao programa habitacional foi citado o Programa Lares Gerais da Polícia Civil de Minas Gerais, voltado aos agentes da corporação. Na categoria voluntariado, verificou-se o Programa Voluntariado da Secretaria de Segurança, Defesa e Cidadania do Estado de Rondônia, que promove a seleção de voluntários das mais diversas áreas para a prestação de serviços aos profissionais de segurança pública.

**Tabela 1**

*Natureza das intervenções de boas práticas em saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Categorias	N	%
Atendimento Multiprofissional em Saúde	33	26,0
Atendimento Psicossocial	26	20,5
Campanhas de Conscientização	16	12,6
Atividade Física	13	10,2
Pesquisa	10	7,9
Rede de Apoio	8	6,3
Aposentadoria	4	3,1
Educação Financeira	4	3,1
Religiosidade	4	3,1
Atendimento Infantil	3	2,4
Fisioterapia	3	2,4
Assistência Jurídica	1	0,8
Programa Habitacional	1	0,8
Voluntariado	1	0,8
Total	127	100

## Abrangência dos serviços prestados pelas intervenções

Nesta seção, as intervenções de boas práticas em saúde foram classificadas de acordo com a abrangência dos serviços prestados e foram classificadas em duas categorias:

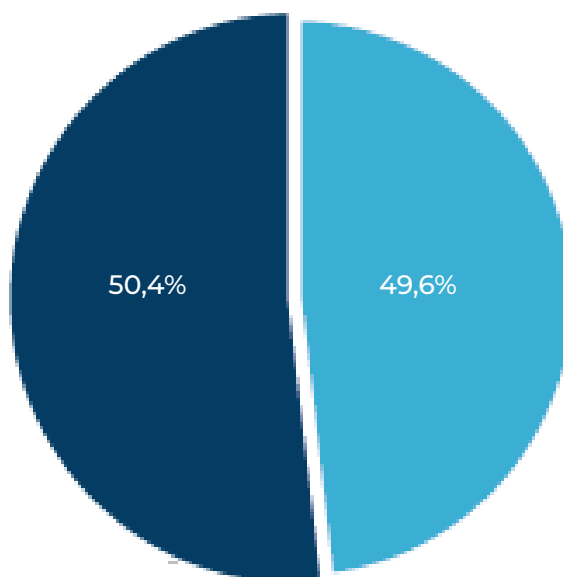
- *Concentradas*: são aquelas que prestam apenas um tipo de serviço, por exemplo, apenas atendimento psicológico.
- *Difusas*: são aquelas em que há, ao menos, a prestação de dois ou mais serviços, como policlínicas e hospitais ou até intervenções que prestam atendimento psicossocial.

De acordo com a Figura 2, a frequência das duas categorias são praticamente iguais: concentradas (49,6%) e difusas (50,4%).

**Figura 2**

*Abrangência dos serviços prestados pelas intervenções de boas práticas em saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



## Níveis de prevenção das intervenções

As intervenções de boas práticas em saúde foram classificadas de acordo com o modelo teórico História Natural da Doença proposto por Leavell e Clark (1976). De acordo com o modelo, as doenças vão se desenvolver ou não de acordo com a Tríade Ecológica, ou seja, a depender da interação entre o agente etiológico, o ambiente e o hospedeiro. Essa relação ditará se a doença será desencadeada e, em caso positivo, como será o processo (Westephal, 2014). O modelo é classificado em três níveis:

- *Nível de Prevenção Primária:* não há ainda uma doença em desenvolvimento, aqui são previstas intervenções de promoção da saúde e proteção específica.
- *Nível de Prevenção Secundária:* há hipótese de doença em curso ou diagnóstico definido e tratamentos previstos. São realizados exames de modo a verificar a existência de possíveis doenças e em casos afirmativos de prontamente iniciar o tratamento adequado minimizando ao máximo o agravamento do quadro de saúde.

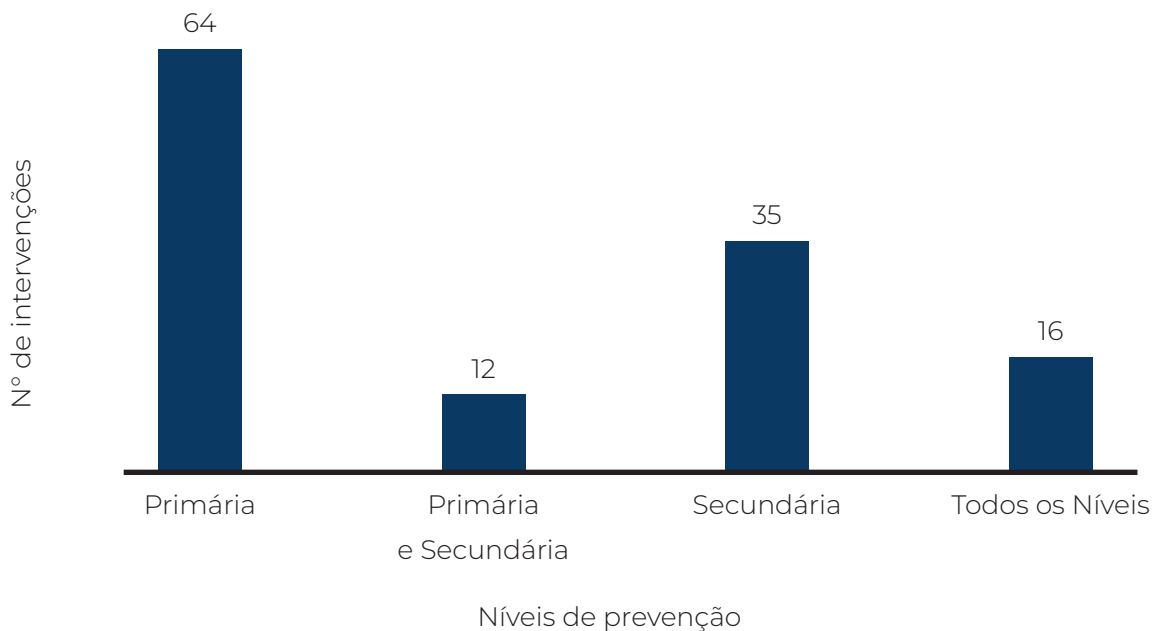
- *Nível de Prevenção Terciária:* a atuação prevista será de reabilitação, sendo realizadas intervenções em casos de saúde mais agravados e morte.

De acordo com a Figura 3, apresentada a seguir, a maioria das intervenções, 50,4% ( $n = 64$ ), foram identificadas como prevenção primária; 27,6% ( $n = 35$ ) das intervenções foram identificadas como nível de prevenção secundário; 9,4% ( $n = 12$ ) foram classificadas em prevenção primária e prevenção secundária, sendo realizadas intervenções em ambos os níveis; por fim, 12,6% ( $n = 16$ ) foram identificadas permeando todos os níveis de prevenção.

**Figura 3**

*Nível de prevenção das intervenções de boas práticas em saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



## A pandemia da COVID-19

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o estado de pandemia da Covid-19. Por se tratar de um vírus com um alto grau de transmissão foram tomadas diversas medidas, principalmente, a adoção do isolamento social. Com exceção das atividades essenciais, o mundo todo, incluindo o Brasil, entrou em isolamento social por longos períodos em 2020 e 2021. Como prestador de serviço essencial, os profissionais de segurança pública não tiveram suas atividades interrompidas. Estando em exposição ao vírus, as corporações também sofreram com os impactos da contaminação da doença. De acordo com levantamento do Monitor da Violência, em 2020, cerca de um quarto do efetivo de todo o país foi afastado da função em razão da Covid-19 (Silva et al., 2021).

Apesar do grande impacto causado pela pandemia no país, em apenas dois Estados (Minas Gerais e Roraima) houve intervenções de boas práticas de saúde destinadas ao atendimento desses profissionais no período de pandemia. São eles:

- Roraima:
  - Protocolo de acompanhamento de luto, que acompanha os servidores e/ou familiares que passaram por luto devido a Covid-19;
  - Grupo de Apoio Covid, que oferece suporte e acolhimento aos infectados pela Covid-19;
  - Acompanhamento Covid, que disponibiliza os profissionais de saúde da Polícia Militar para atendimento de Covid-19.
- Minas Gerais:
  - Acompanhamento dos casos de Covid-19, que prestava suporte médico e pessoal para os militares que testaram positivo para a Covid.



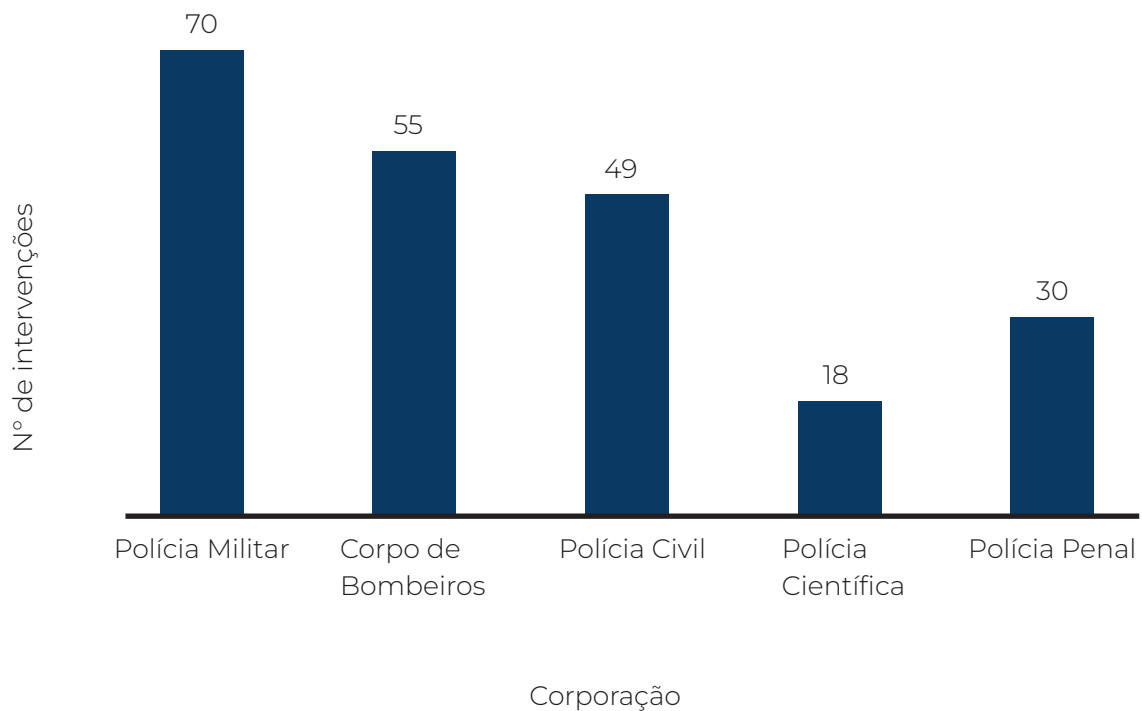
## Público-alvo das intervenções

Foram mapeadas as corporações que são alvo das intervenções identificadas nas visitas de boas práticas em saúde. Para isso, verificou-se o número de vezes que a corporação foi citada como público-alvo da intervenção, conforme demonstra a Figura 4.

**Figura 4**

*Público-alvo das intervenções de boas práticas em saúde*

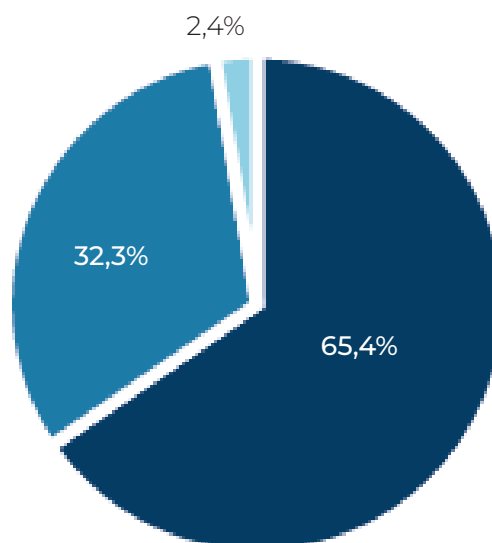
*Nota.* Elaborada pelos autores.



De acordo com os resultados da Figura 4, a Polícia Militar foi a corporação com o maior número de citações como público-alvo das intervenções de boas práticas em saúde, foram 70 ocorrências. Ainda, as intervenções de boas práticas em saúde foram categorizadas de acordo com o nível de abrangência do público-alvo:

- *Limitado*: intervenções que tiveram como foco apenas uma corporação.
- *Abrangente*: intervenções que tiveram como fim mais de uma corporação.

Na Figura 5, observa-se que as intervenções têm um público-alvo majoritariamente limitado, posto que 65,4% das intervenções são concentradas em apenas uma corporação. As intervenções com atendimento abrangente correspondem a um terço do total. Ou seja, a maior parte das intervenções atendem apenas uma corporação. Não foram obtidas informações sobre o público-alvo de três intervenções, o que correspondeu a 2,4% do total.



**Figura 5**

*Abstrangência do público-alvo das intervenções de boas práticas*

*Nota. Elaborada pelos autores.*

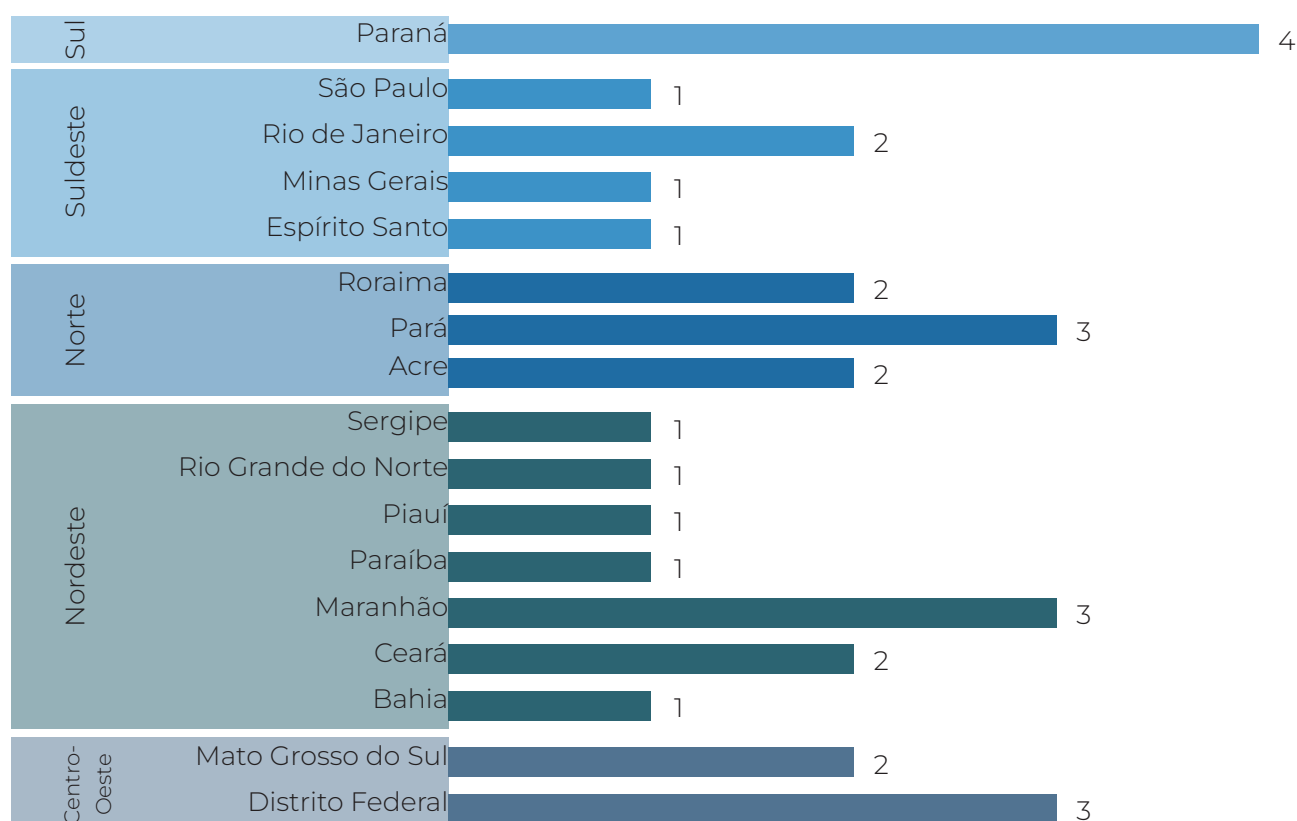
Também foram mapeadas as intervenções que atendem os familiares dos agentes de segurança pública. Assim, encontrou-se 32 intervenções dessa natureza. A Figura 6 apresenta a quantidade de intervenções com essa característica por Unidade Federativa, reunidas de acordo com a macrorregião.

Em todas as macrorregiões, ao menos uma Unidade Federativa possui intervenções destinadas aos familiares dos agentes de segurança pública. Logo, essa é uma prática que aparentemente está sendo difundida no território nacional. Dos 32 programas, três são destinados ao atendimento infantil. Na visita a São Paulo, foi citado um centro de convivência infantil que atende os filhos dos profissionais de segurança pública de todas as corporações. No Ceará, também foi citada intervenção semelhante. É uma creche que recebe os filhos dos policiais em estabelecimento próprio, com equipe pedagógica e de saúde com um custo baixo para os agentes. No Distrito Federal, os pesquisadores levantaram um programa de promoção da saúde odontológica, que inclui também, a educação infantil.

**Figura 6**

*Número de intervenções de boas práticas que atendem aos familiares dos agentes de segurança pública por unidade da federação*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



## Quem e onde são implementadas as intervenções?

As intervenções de boas práticas em saúde foram classificadas em relação ao agente executor:

- *Agente interno*: foram incluídas as ações implementadas pelos próprios profissionais da corporação ou por órgão ligado à Secretaria de Segurança Pública do Estado.
- *Agente externo*: foram reunidas as intervenções implementadas por agentes de fora da corporação ou da estrutura da segurança pública do Estado, como, universidades e cooperativas particulares.

As intervenções são melhor visualizadas na Figura 7, percebe-se que são majoritariamente, implementadas por agentes internos, o que representa 74,8% do total. Enquanto isso, 14,2% das intervenções são implementadas por agentes externos. Ou seja, a maior parte das intervenções são implementadas pela própria corporação ou por um órgão da corporação. Em 14 ocorrências não houve informação sobre o agente executor da intervenção, o que corresponde a 11% do total.

As intervenções de boas práticas em saúde foram classificadas de acordo com o contexto de implementação separadas em duas categorias:

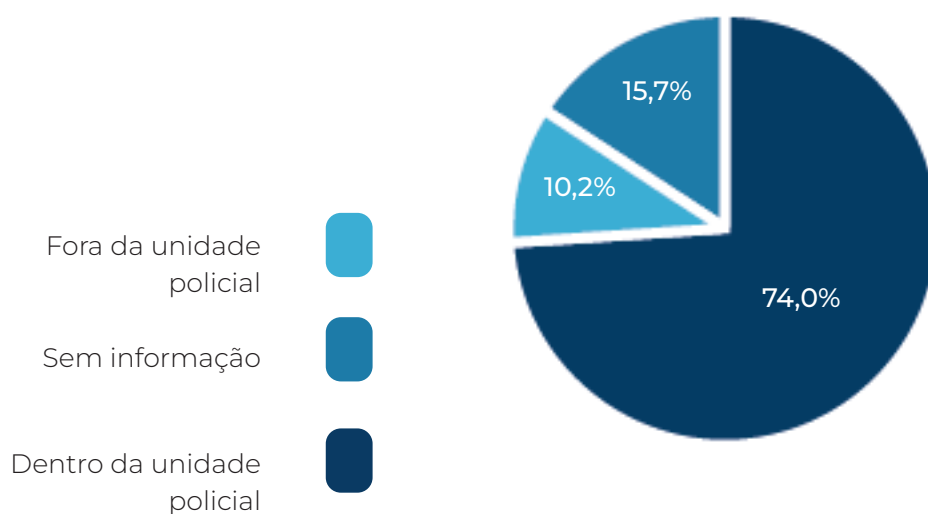
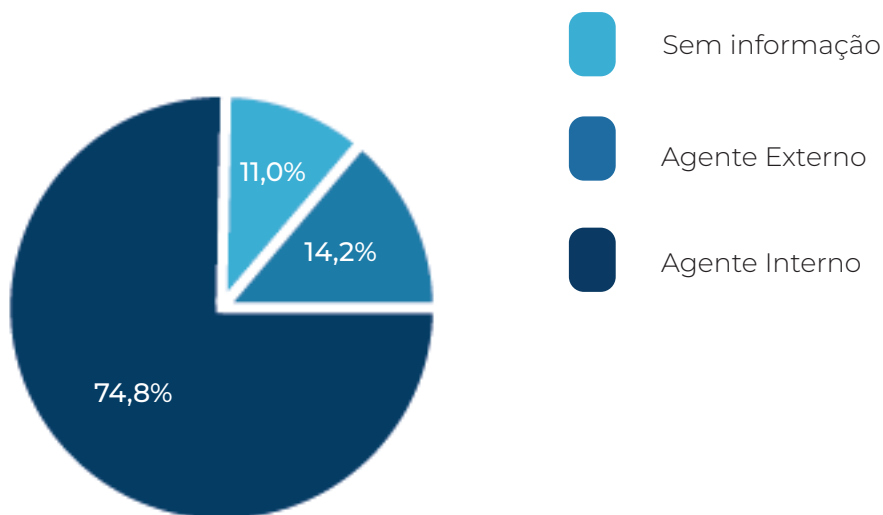
- *Dentro da unidade policial:* são aquelas em que o local de realização da intervenção é na própria unidade policial
- *Fora da unidade policial:* são aquelas que o espaço de implementação é externo, por exemplo, tendo como local uma universidade.

De acordo com a Figura 8, 74% das intervenções são implementadas dentro da unidade policial. As intervenções implementadas fora da unidade policial correspondem a 10,2% do total. Em 15,7% das ocorrências não foi possível acessar a informação sobre o local de implementação da intervenção.

**Figura 7**

*Quem implementa as intervenções*

Nota. Elaborada pelos autores.



**Figura 8**

*Contexto de implementação da intervenção*

Nota. Elaborada pelos autores.

## Conclusão

Os dados analisados permitem concluir que:

- O Distrito Federal (DF) foi a Unidade Federativa na qual foi citado o maior número de intervenções de boas práticas em saúde.
- Das intervenções mapeadas neste estudo, nas que há mais de um serviço, destacam-se numericamente, as que prestam um atendimento multiprofissional em saúde, o que reúne clínicos gerais, especialistas, dentistas, nutricionistas e demais profissionais.
- Observa-se que a preocupação com a saúde mental dos agentes de segurança pública é uma motivação constante nas intervenções de boas práticas. São frequentes intervenções que envolvem o atendimento psicológico dos agentes, campanhas de conscientização e prevenção, além de atividades tangenciais, mas menos frequentes, como educação financeira e preparação para a aposentadoria.
- As intervenções oferecidas são, majoritariamente, de promoção da saúde e/ou prevenção específica, indicando um atendimento de nível de prevenção primário.
- A implementação das intervenções é feita majoritariamente pela própria corporação ou órgão ligado à Secretaria de Segurança Pública do Estado, logo, elas ocorrem dentro do contexto da corporação.
- A Polícia Militar foi a corporação mais citada como beneficiária das intervenções de boas práticas em saúde. Em segundo lugar foi o Corpo de Bombeiros Militar. Esse achado indica um possível engajamento da corporação na promoção de boas práticas em saúde.

- A Secretaria de Segurança Pública do Estado foi mapeada como o agente executor das intervenções que tem um atendimento amplo, isto é, que são destinadas aos profissionais de segurança pública de todas as corporações.
- A atuação da Secretaria de Segurança Pública do Estado em formular intervenções de boas práticas em saúde aos agentes de todas as corporações é imprescindível para que os profissionais sejam beneficiados de forma equânime.
- Um quarto do total das intervenções oferece atendimento aos familiares e dependentes dos agentes de segurança pública. Há mais de um exemplo em todas as regiões do país, indicando uma difusão de intervenções dessa natureza.
- Os achados apontam baixa implementação de intervenções destinadas ao tratamento de contaminados pela Covid-19 e/ou ao auxílio de policiais infectados e familiares; além das ocorrências terem sido muito localizadas em Minas Gerais e Roraima.

## Referências

Leavell, H. & Clark, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil.

Silva, C. R., Grandin, F., Caesar, G. & Reis T. (2021, 23 de Abril). *Número de policiais mortos com Covid-19 é mais que o dobro dos que foram assassinados nas ruas em 2020*. G1. <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2021/04/23/numero-de-policiais-mortos-com-covid-19-e-mais-que-o-dobro-do-de-assassinados-nas-ruas-em-2020.ghtml>

Westephal, M. F. (2014). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In Campos, G. W. S, Bonfim, J. R. A., Minayo, M. C. S, Akerman, M., Júnior, M. D. & Carvalho, Y. M. (Org.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª Ed, pp. 681-717). HUCITEC.



## CAPÍTULO 5

# Necessidades de Saúde do Trabalhador da Segurança Pública: Uma Análise de Dados Institucionais

*Caio de Melo*

*Tatiele Souza de Oliveira*

*Diana Verônica Suárez Naranjo*

*Gustavo Salgueiro Rocha*

*Mariana da Cruz Pinto*

*Adrielli Santos de Santana*

O presente capítulo tem por objetivo apresentar os resultados de uma pesquisa que teve por finalidade identificar dados de gestão de saúde a partir de uma perspectiva institucional junto a organizações da segurança pública nacional. Para isso, foram enviados questionários para 125 instituições de segurança pública das 27 Unidades Federativas e do Distrito Federal. O objetivo do questionário foi levantar dados referentes à gestão da saúde, causas de óbitos, infraestrutura e assistências oferecidas aos profissionais, de modo a identificar demandas relacionadas à saúde do trabalhador. Foi feito também um levantamento acerca de aspectos importantes que influenciam a prevenção e promoção da saúde relacionados à esfera institucional. Ao final, 56 instituições responderam ao questionário. As questões que não foram respondidas pela instituição ou que não havia informação foram desconsideradas na contabilização das respostas, por isso há uma variação no número de respostas nas diferentes pergun-

tas. O presente capítulo discutirá os resultados dessa pesquisa, agrupando as informações obtidas em quatro grandes blocos: (1) Gestão da saúde dos servidores; (2) Óbitos: frequência e causas; (3) Programas de assistência; e (4) Infraestrutura.

## Gestão da Saúde dos Servidores

Nesta seção serão apresentadas respostas a questões como: a instituição exige que seus servidores realizem exames toxicológicos em razão do seu trabalho? Com que frequência é exigido que os servidores da instituição façam exames toxicológicos em razão do seu trabalho? Observa-se, pela Tabela 1, que a maioria das instituições não exige a realização de exames toxicológicos de seus servidores, mas as poucas que exigem os realizam com uma alta frequência. Esse é um dado relevante uma vez que a dependência química foi citada como um dos principais problemas de saúde enfrentados pelas corporações (ver Capítulo 3).

**Tabela 1**

*Exigência de exames toxicológicos e frequência de exames toxicológicos*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Exigência de exames toxicológicos	N	%	Frequência de exames toxicológicos	N	%
Sim	9	16,1	Quinzenalmente	1	11,1
Não	47	83,9	Somente antes do ingresso na instituição na maior parte das situações	7	77,8
			Outros	1	11,1
N	56	100	N	9	100

## Os servidores utilizam a assistência à saúde oferecida pela instituição?

Quanto ao uso dos serviços de saúde oferecidos pela instituição, apesar da maioria dos respondentes afirmarem que os servidores utilizam tais serviços, atenta-se ao número elevado de respostas para “ninguém usa” e “a minoria usa” (Tabela 2). Deve-se questionar as razões para o não uso dos serviços, uma vez que visam facilitar o acesso a tratamentos. Infere-se a partir dos grupos focais (descritos no Capítulo 3) que alguns profissionais podem se sentir incomodados em usar os serviços oferecidos pela instituição, devido ao estigma que a busca por ajuda gera no contexto da segurança pública, principalmente tratando-se de saúde mental. Também houve relatos indicando a desistência pela falta de profissionais suficientes, o que gerava uma grande espera para o atendimento.

Utilização assistência à saúde	N	%
Sim Ninguém usa	14	25
A minoria usa	13	23,2
Cerca de metade usa	4	7,1
A maioria usa	24	42,9
Todos usam	1	1,8
N	56	100

**Tabela 2**

*Utilização pelos servidores da assistência à saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

A Tabela 3 sumariza as respostas obtidas às perguntas: A instituição possui um setor de saúde? A instituição realiza a gestão da saúde de seus servidores? A maioria das instituições afirma possuir um setor específico de saúde, no entanto, muitos parecem não realizar a gestão da saúde dos servidores. Esta informação é relevante para ressaltar a importância da criação de equipes de saúde especializadas dentro das instituições a fim de favorecer o desenvolvimento de ações de promoção, monitoramento e intervenção em saúde.

**Tabela 3**

*Existência de setor de saúde e gestão de saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Existência de setor de saúde	N	%	Gestão de saúde	N	%
Sim	38	67,9	Sim	27	48,2
Não	18	32,1	Não	29	51,8
N	56	100	N	56	100

A Tabela 4 apresenta a resposta à pergunta: a instituição avalia os dados da gestão de saúde para a proposição de políticas internas de saúde? A maioria das instituições não utiliza os dados da gestão de saúde para a proposição de políticas internas de saúde. Acredita-se que isso esteja relacionado à instabilidade das políticas de saúde, que dependem dos interesses da gestão e não têm garantia de continuidade. Além disso, como se observa na pergunta anterior, a maioria das corporações não realiza a gestão da saúde de seus servidores, o que seria fundamental para a proposição de políticas internas.

Proposição de políticas internas de saúde	N	%
Sim	22	39,3
Não	34	60,7
N	56	100

**Tabela 4**

*Proposição de políticas internas de saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

## Óbitos: frequência e causas

Nota-se que a quantidade de óbitos fora do horário de trabalho é consideravelmente superior aos óbitos em horário de trabalho, assumindo uma média de 295 mortes por ano (Figura 1, item a) em comparação a 16 mortes por ano (item b), aproximadamente.

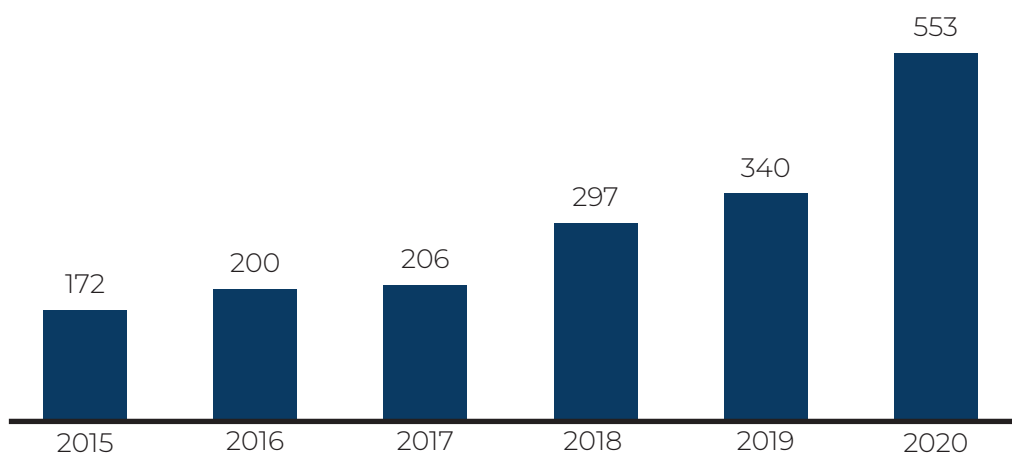
Ao analisar as causas dos óbitos entre 2015 e 2020, nota-se como as doenças físicas (Figura 2, item b) assumem o protagonismo, apresentando grande crescimento desde 2018 e uma média de 240 mortes por ano. Em muitos casos essas doenças

poderiam ser tratadas com os atendimentos adequados e um acompanhamento da saúde do servidor poderia auxiliar, inclusive, na prevenção. Vale ressaltar que algumas causas de óbito, como as doenças mentais, apesar de aparecerem com incidência relativamente baixa, prejudicam com grande intensidade a qualidade de vida dos servidores. Óbitos por suicídio (Figura 2, item e) aparecem com a segunda maior frequência (média de 31 suicídios por ano). A Figura 3 detalha as especificidades dos óbitos por suicídio.

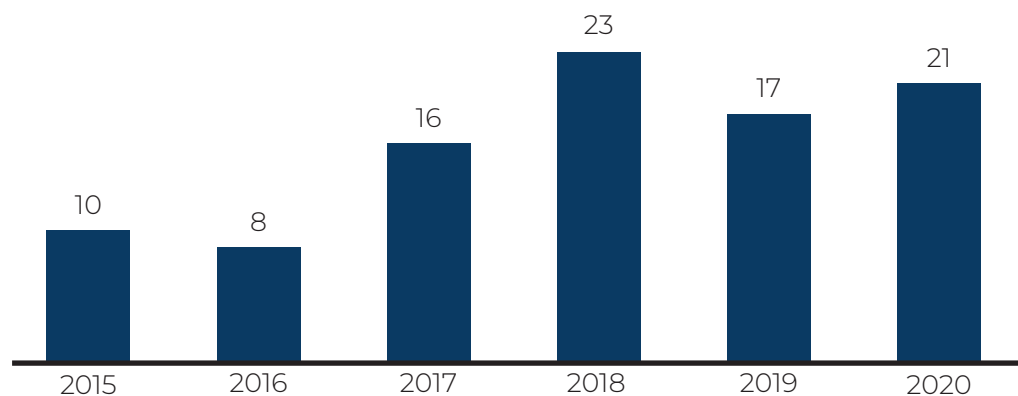
**Figura 1**

*Frequência de óbitos entre 2015 e 2020*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



*(a) Óbitos fora do horário de trabalho*

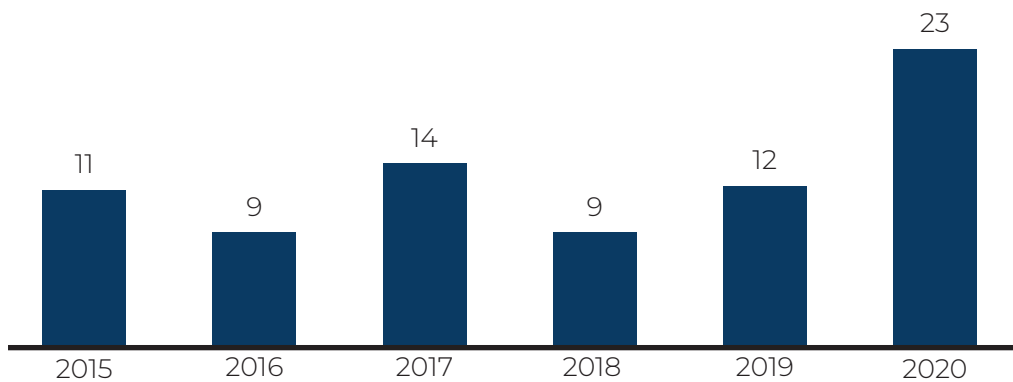


*(b) Óbitos em horário de trabalho*

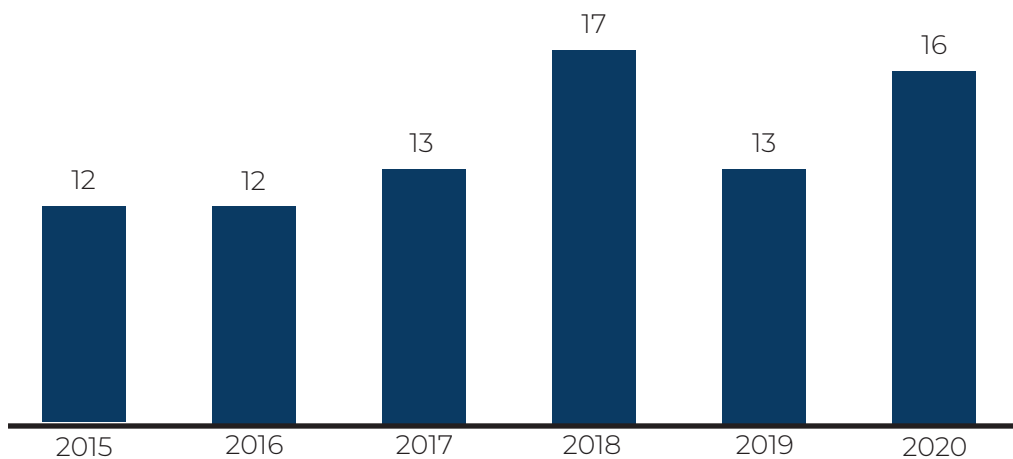
**Figura 2**

*Causas de óbitos entre  
2015 e 2020*

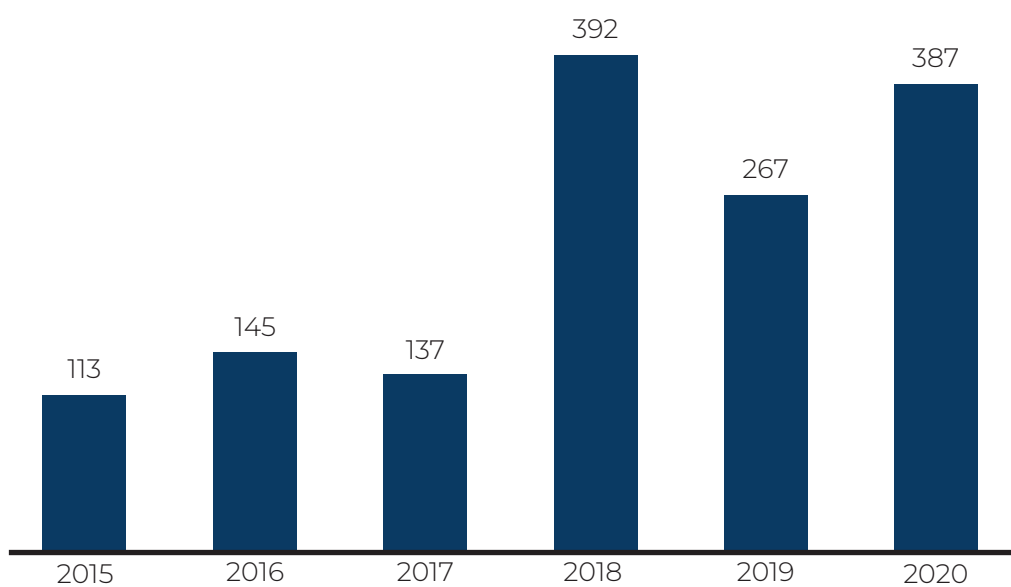
*Nota. Elaborada pelos  
autores.*



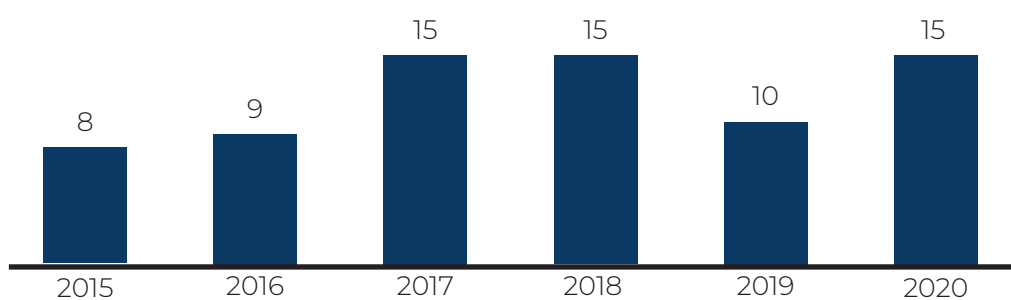
*(a) Óbitos por homicídio*



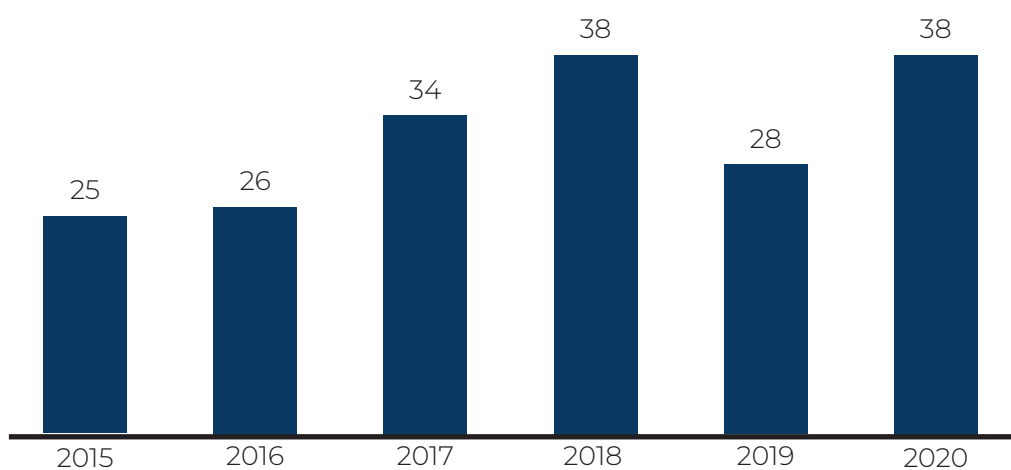
*(d) Óbitos por função do serviço*



(b) Óbitos por doenças físicas



(c) Óbitos por transtornos mentais



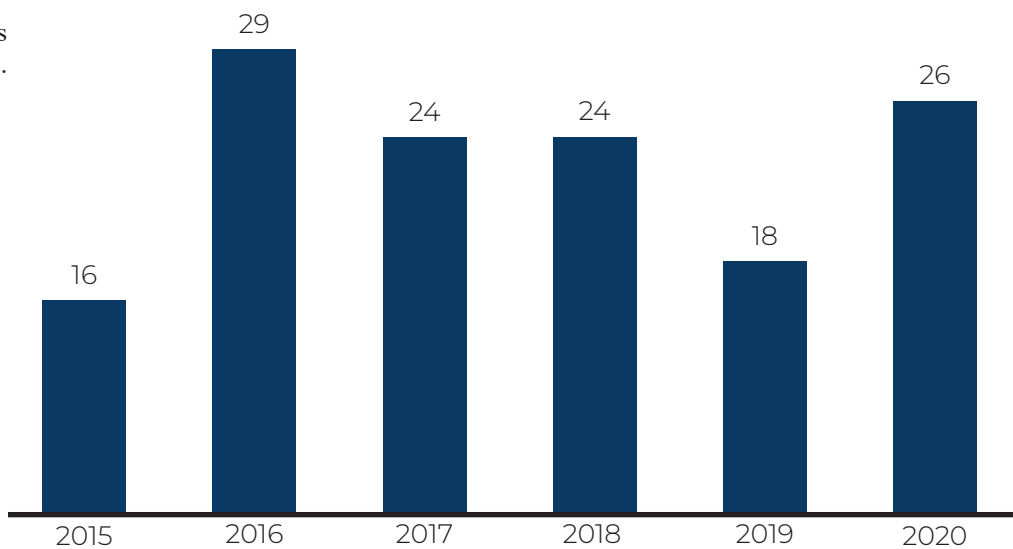
(e) Óbitos por suicídio



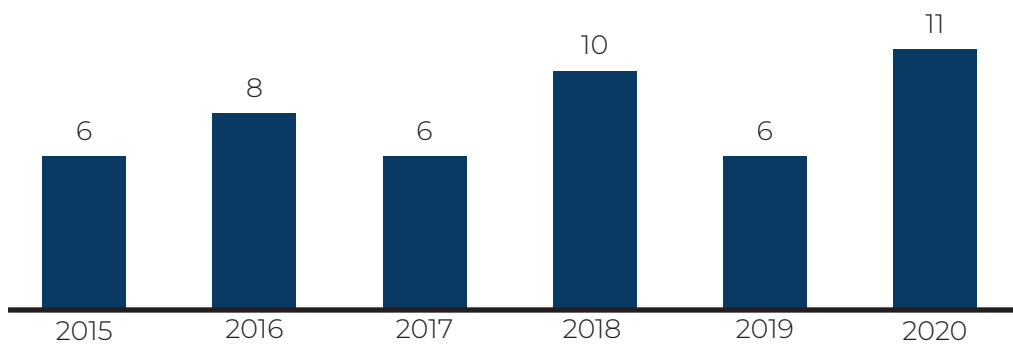
**Figura 3**

*Especificidades dos óbitos por suicídio entre 2015 e 2020*

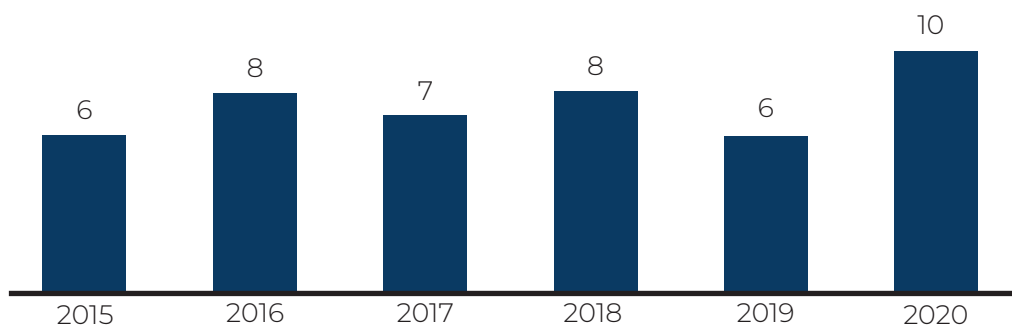
*Nota. Elaborada pelos autores.*



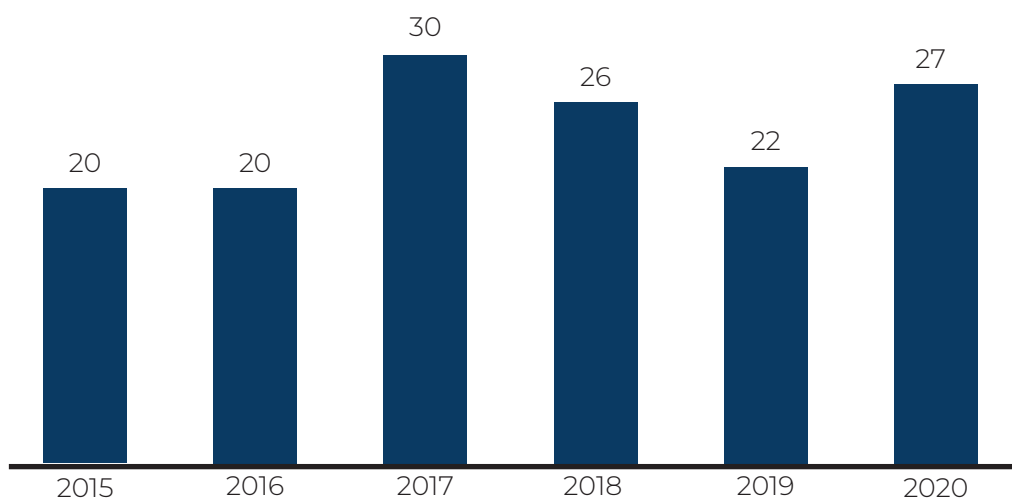
*(a) Suicídios com arma de fogo*



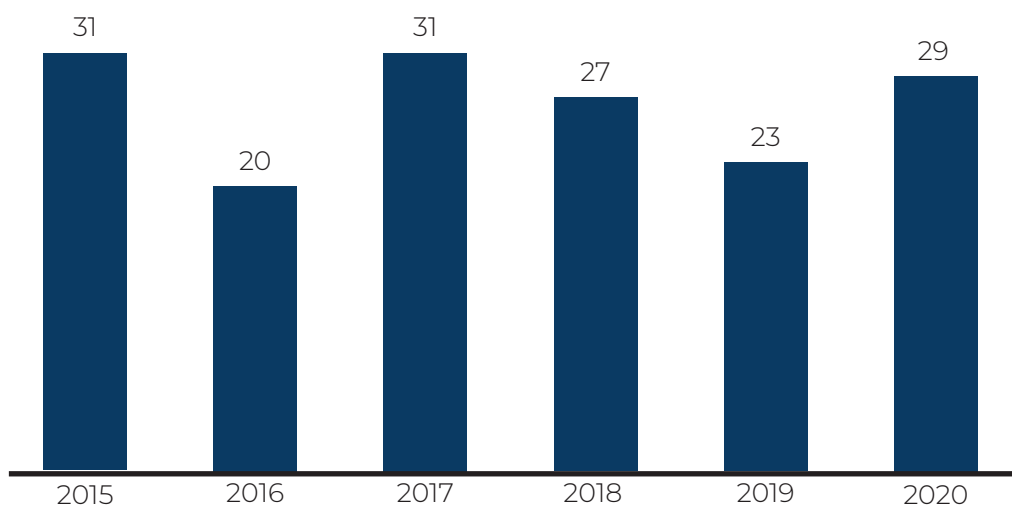
*(d) Suicídios em ambiente de trabalho*



*(b) Suicídios dentro do horário de trabalho*



*(c) Suicídios fora do horário de trabalho*



*(e) Suicídios fora do ambiente de trabalho*

## Existe algum programa de prevenção ao suicídio na sua instituição?

De acordo com os respondentes, a maior incidência de suicídios ocorre fora do ambiente (Figura 3, item c) e do horário de trabalho (Figura 3, item d). Em muitos casos, com o uso de arma de fogo (Figura 3, item a). É importante refletir sobre as possíveis causas do suicídio, bem como ações preventivas para evitá-lo. Algumas instituições relatam ações nesse sentido, com palestras e equipes de saúde mental especializada, mas em âmbito nacional percebemos que ainda existe uma grande carência na prevenção ao suicídio, o que pode ser observado na Tabela 5. O suicídio tem causas multifatoriais como o excesso de estresse, superendividamento e conflitos familiares, problemas que foram relatados nos grupos focais (Capítulo 3). No entanto, deve-se evitar fazer associações deterministas e entender o profissional em sua multidimensionalidade.

Programa de prevenção ao suicídio	N	%
Não existe	31	59,6
Outros	21	40,4
N	52	100

**Tabela 5**

*Programa de prevenção ao suicídio*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

## Programas de assistência pós-óbito

Com relação aos programas de assistência pós-óbito, verifica-se que a maioria das instituições oferece homenagem ao falecido (Tabela 6), mas uma minoria oferece assistência religiosa (Tabela 9) e acompanhamento a familiares e colegas (Tabelas 7 e 8). Essas ações podem ser reforçadas visando contribuir para o bem-estar familiar e institucional, além de também ajudar a prevenir doenças, principalmente relacionadas à saúde mental. Quanto à assistência religiosa, alguns participantes da pesquisa reforçaram sua importância como proposição para melhora da saúde em geral. Na Tabela 6 são apresentadas as respostas às perguntas: A instituição realiza alguma homenagem ao servidor falecido em serviço? Se sim, com que frequência isto ocorre?

**Tabela 6**  
*Realização e frequência de homenagens*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Realização de homenagem	N	%	Frequência de homenagem	N	%
Sim	31	59,6	Em todas as situações	28	90,3
Não	21	40,4	Na maior parte das situações	3	9,7
N	52	100	N	31	100

A Tabela 7 apresenta as respostas para a questão: A instituição disponibiliza assistência religiosa/de credo para prestar algum tipo de acompanhamento pós-óbito para colegas e familiares?

Disponibilização de assistência religiosa	N	%
Não existe	16	30,8
Outros	36	69,2
<b>N</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Tabela 7**

*Disponibilização de assistência religiosa para colegas e familiares no acompanhamento pós-óbito*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Já as Tabelas 8 e 9 mostram as respostas às seguintes perguntas: Tabela 8 - Existe algum programa de acompanhamento com intenção de assistir o(s) dependente(s) pós-morte do servidor? Existe algum programa de acompanhamento com intenção de assistir os colegas de trabalho pós-morte do servidor? Tabela 9 - A instituição disponibiliza assistência religiosa/de credo de alguma natureza? Como, por exemplo, capelães, padres, pastores, etc.

**Tabela 8**

*Programa de acompanhamento para dependentes e colegas de trabalho*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Programa para dependentes	N	%	Programa para colegas	N	%
Sim	21	40,4	Sim	18	34,6
Não	31	59,6	Não	34	65,4
<b>N</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>N</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Tabela 9***Disponibilização de assistência religiosa**Nota.* Elaborada pelos autores.

Assistência religiosa	N	%
Sim	19	36,5
Não	33	63,5
N	52	100

No caso da Tabela 10, são apresentadas as respostas para os questionamentos apresentados: Existe algum programa de assistência jurídica com intenção de assistir os integrantes da instituição? Em caso positivo, o programa de assistência jurídica é avaliado de maneira sistemática? Conforme observado, poucas instituições oferecem assistência jurídica aos seus integrantes (apenas 6 dos 48 respondentes), cabendo avaliar o impacto que maior assistência teria no bem-estar e qualidade de vida dos profissionais, uma vez que problemas jurídicos podem ser um grande fator de estresse e a assistência despertaria também maior sensação de acolhimento institucional.

**Tabela 10***Programa de assistência jurídica e avaliação sistemática**Nota.* Elaborada pelos autores.

Assistência jurídica	N	%	Avaliação sistemática	N	%
Sim	6	12,5	Sim	3	50,0
Não	42	87,5	Não	3	50,0
N	48	100	N	6	100

Na Tabela 11 são apresentadas respostas para os questionamentos: Existe algum programa de preparação para a aposentadoria na sua instituição? Nos últimos 2 anos, qual o percentual de servidores aposentados que retornaram às atividades? Poucos participantes relatam haver programas de preparação para a aposentaria em suas instituições. Sabemos que a preparação para a aposentadoria é um programa de sucesso nas instituições que o fomentam, conforme o mapeamento de boas práticas (Capítulo 4). Também se observa que o percentual de retorno às atividades após a aposentadoria é baixo. Entende-se que os programas de preparação ajudam os profissionais a ressignificarem suas vidas em um momento importante de sua trajetória pessoal, favorecendo hábitos saudáveis que repercutem em seu bem-estar pessoal e familiar. Também favorece o sentimento de pertencimento e acolhimento institucional.

**Tabela 11**

*Programa de preparação para a aposentadoria e percentual de servidores aposentados que retornaram às atividades nos últimos 2 anos*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Programa de preparação para a aposentadoria	N	%	Porcentagem de servidores que retornaram	N	%
Sim	12	25,5	Sim	43	91,5
Não	35	74,5	Não	2	4,3
			Não	2	4,3
N	47	100	N	47	100

As respostas à pergunta: “Existe algum programa para obtenção de moradia ou casa própria voltado à sua instituição?” estão apresentadas na Tabela 12. Observa-se que os programas para obtenção de moradia são quase inexistentes nas instituições de segurança pública a nível nacional.

**Tabela 12***Programa de obtenção de moradia**Nota. Elaborada pelos autores.*

Programa de obtenção de moradia	N	%
Sim	2	4,3
Não	45	95,7
N	47	100

## Infraestrutura

Neste tópico, buscou-se identificar o quanto que as instituições de segurança pública possuem recursos institucionais de infraestrutura satisfatórios. Isso porque o desequilíbrio entre recursos e demandas tende a afetar negativamente a qualidade de vida e saúde global de servidores. Na Tabela 13 são apresentadas as respostas para as seguintes questões: Existem avaliações periódicas dos ambientes de trabalho da sua instituição? Em caso afirmativo, são realizadas melhorias baseadas nessas avaliações quando necessário? Poucas instituições realizam avaliações periódicas dos ambientes de trabalho, o que pode facilitar acidentes de trabalho e problemas de saúde relacionados à insalubridade e periculosidade das instalações. Das instituições que afirmam realizar avaliações periódicas, todas as utilizam para promover melhorias.

**Tabela 13***Avaliações periódicas e melhorias baseadas nas avaliações**Nota. Elaborada pelos autores.*

Avaliações periódicas	N	%	Melhorias baseadas nas avaliações	N	%
Sim	9	22,0	Sim	9	100,0
Não	32	78,0	Não	0	0
N	41	100	N	9	100



A Tabela 14 apresenta as respostas às perguntas: Com que frequência são realizados reparos na infraestrutura de sua instituição? Com que frequência é realizada reposição e manutenção dos equipamentos na unidade? A maioria das instituições realiza reparos, reposição e manutenção sempre que necessário. No entanto, o número de respostas para “apenas em caso de extrema necessidade” também é elevado. Assim, salienta-se a necessidade de maior atenção para esse tópico, uma vez que a manutenção tardia de instalações pode deixar os profissionais em condições pouco favoráveis para a realização de suas atividades profissionais, aumentando o estresse e diminuindo a qualidade de vida no trabalho.

**Tabela 14**

*Frequência de reparos na infraestrutura e de reposição e manutenção dos equipamentos*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Frequência de reparos na infraestrutura	N	%	Frequência de reposição e manutenção	N	%
1 vez ao ano	1	2,4	1 vez ao ano	3	7,3
Sempre que necessário	21	51,2	Sempre que necessário	23	56,1
Menos de uma vez ao ano	2	4,9	Apenas em casos de extrema necessidade	15	36,6
Apenas em casos de extrema necessidade	17	41,5			
N	41	100	N	41	100

As respostas às perguntas “Os servidores de sua instituição possuem local para repouso/descanso no ambiente de trabalho se/quando necessário? Há leitos suficientes para repouso/descanso dos servidores?” estão apresentadas na Tabela 15. Nota-se que a maioria das instituições dispõe de local adequado para descanso e leitos suficientes para o efetivo.

**Tabela 15**

*Local e leitos de descanso no ambiente de trabalho para os servidores*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Possui local de descanso	N	%	Disponibilidade dos leitos de descanso	N	%
Possui	30	73,2	Não há leitos (ou estão quebrados ou indisponíveis para manutenção)	1	3,3
Não possui	11	26,8	Os leitos que existem são insuficientes	9	30,0
			Os leitos que existem são suficientes	19	63,3
			Existem mais leitos do que o necessário	1	3,3
N	41	100	N	30	100

A Tabela 16 apresenta as respostas às perguntas: Em que medida as unidades de sua instituição em seu estado, possuem acessibilidade para portadores de deficiência física, visual e auditiva? As respostas indicam a pouca acessibilidade às deficiências física, visual e auditiva para a maioria das instituições. Entre as três, o mais frequente é encontrar alguma acessibilidade à deficiência física, mas chama atenção que a total acessibilidade é praticamente inexistente.

Acessibilidade	Deficiência física		Deficiência visual		Deficiência auditiva	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma acessibilidade	1	2,4	15	36,6	21	51,2
Pouca acessibilidade	15	36,6	18	43,9	16	39,0
Algumas acessibilidade	22	53,7	7	17,1	3	7,3
Muita acessibilidade	2	4,6	-	-	-	-
Total acessibilidade	1	2,4	1	2,4	1	2,4
N	41	100	41	100	41	100

A Tabela 17 apresenta as respostas para as perguntas: Os servidores da instituição possuem boa infraestrutura no local de trabalho? Com cadeiras, mesas, armários e viaturas ergonômicas e confortáveis para o uso? Com que frequência são realizadas manutenções nos mobiliários da instituição? Os resultados mostram que a infraestrutura do local de trabalho parece precária ou insuficiente em muitas instituições, e que a manutenção sistemática do mobiliário é inexistente para a maioria das instituições participantes.

**Tabela 16**

*Acessibilidade para portadores de deficiência física, visual e auditiva*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Infraestrutura do local de trabalho	N	%	Manutenção do mobiliário	N	%
Definitivamente não	1	2,3	Anualmente	16	39,0
Na maioria dos casos não	6	13,6	Não existe manutenção para os mobiliários	25	61,0
Em alguns casos não e em outros sim	20	45,5			
Na maioria dos casos sim	13	29,5			
Definitivamente sim	4	9,1			
N	44	100	N	41	100

**Tabela 17**

*Infraestrutura do local de trabalho e frequência de manutenção no mobiliário*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

As respostas à pergunta “De maneira geral, a instituição dispõe de locais saudáveis, amplos e arejados para o desenvolvimento do trabalho dos servidores?” estão apresentadas na Tabela 18. Os resultados mostram que a maioria das instituições dispõe de locais saudáveis para o desenvolvimento do trabalho. É válido ressaltar que instalações saudáveis com boa infraestrutura são fundamentais para a qualidade de vida no trabalho e a prevenção de doenças ocupacionais.

Dispõe de locais saudáveis	N	%
Definitivamente não	2	4,9
Na maioria dos casos não	2	4,9
Em alguns casos não e em outros sim	21	51,2
Na maioria dos casos sim	15	36,6
Definitivamente sim	1	2,4
N	41	100

**Tabela 18**

*Locais saudáveis para o desenvolvimento do trabalho*

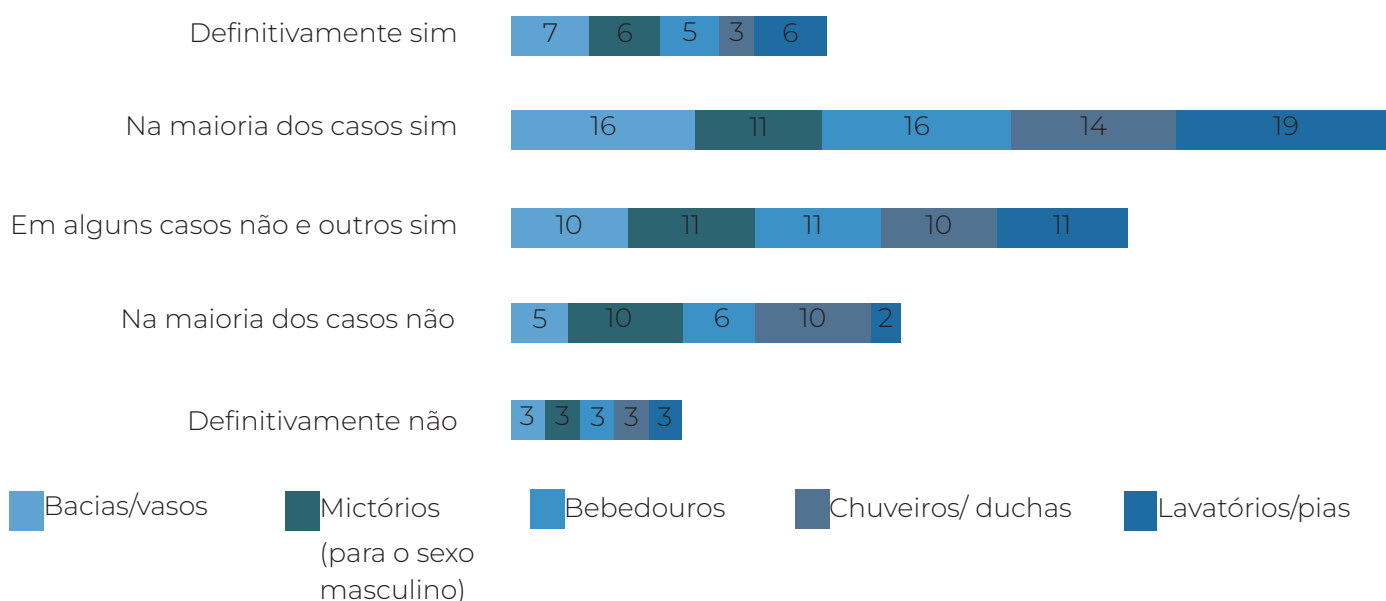
*Nota.* Elaborada pelos autores.

A Figura 4 mostra as respostas à pergunta: a quantidade de bacias/vasos sanitários, mictórios, lavatórios/pias, bebedouros e chuveiros/duchas é adequada para a quantidade de servidores na instituição? Totalizando 41 respostas válidas, a maior parte dos representantes das instituições de segurança pública considerou suficiente a quantidade de bacias/vasos (16 – 9,9%), mictórios (11 – 6,8%), bebedouros (16 – 9,9%), chuveiros/duchas (14 – 8,6%) e lavatórios/pias (19 – 11,7%).

**Tabela 18**

*Locais saudáveis para o desenvolvimento do trabalho*

*Nota.* Elaborada pelos autores.



Na Tabela 19 são apresentadas as respostas à pergunta: As unidades de sua instituição de segurança dispõem de áreas destinadas para a prática de atividades físicas? O incentivo à atividade física é importante para a promoção da saúde global das pessoas. Além de campanhas, é importante a existência de infraestrutura adequada para sua prática. De acordo com a Tabela 19, a maioria das instituições respondentes não dispõe de áreas adequadas para essas atividades.

**Figura 4**

*Avaliação do número de instrumentos de higiene pessoal em relação a quantidade de servidores*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

**Tabela 19**

*Áreas para prática de atividades físicas*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Áreas para atividades físicas	N	%
Definitivamente não	17	41,5
Na maioria dos casos não	10	24,4
Em alguns casos não e em outros sim	6	14,6
Na maioria dos casos sim	2	4,9
Definitivamente sim	6	14,6
<b>N</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

## Considerações Finais

Por meio do estudo aqui realizado, os principais resultados encontrados apontam para certa precariedade no acompanhamento da saúde dos servidores e a falta de políticas internas para a sua promoção. Com relação ao número de óbitos chama atenção o elevado índice de causas por doenças físicas, o que leva a dúvida se essas poderiam ser evitadas com programas efetivos de monitoramento e promoção da saúde. O número de suicídios, apesar de consideravelmente menor, aparece como segunda maior causa de falecimento entre os agentes de segurança pública, ressaltando a importância de se trabalhar a saúde mental dentro das corporações.

Em geral, notam-se poucos programas de assistência ao servidor, tanto a nível jurídico, religioso, de moradia ou pós-óbito, o que pode dificultar uma sensação de acolhimento da instituição por parte do trabalhador. As respostas sobre a infraestrutura aparecem bem divididas entre satisfatórias e não satisfatórias, chamando atenção a avaliação e manutenção insuficientes, a falta de espaços destinados à atividade física e a falta de acessibilidade.

Com base nos resultados encontrados, podem-se elencar algumas propostas para a melhoria da saúde e da qualidade de vida do servidor de segurança pública:

- Buscar aumentar a adesão dos servidores aos serviços de saúde, fazendo campanhas de conscientização e ampliando o efetivo especializado;
- Consolidar um departamento para realizar a gestão da saúde dos servidores e utilizar as informações para propor intervenções de modo a suprir as demandas específicas da instituição;

- Ampliar a oferta de programas de assistência a nível jurídico, religioso, habitacional, familiar e para a aposentadoria;
- Realizar avaliações periódicas do ambiente de trabalho para identificar e executar as manutenções necessárias, principalmente no que diz respeito à segurança e salubridade;
- Incentivar a prática de atividade física para prevenir doenças físicas e mentais através de campanhas e da criação de espaços destinados a praticá-las.







PARTE III

# PROPOSIÇÕES DE INTERVENÇÕES



## CAPÍTULO 6

# Proposições de Intervenções em Saúde para Trabalhadores da Segurança Pública

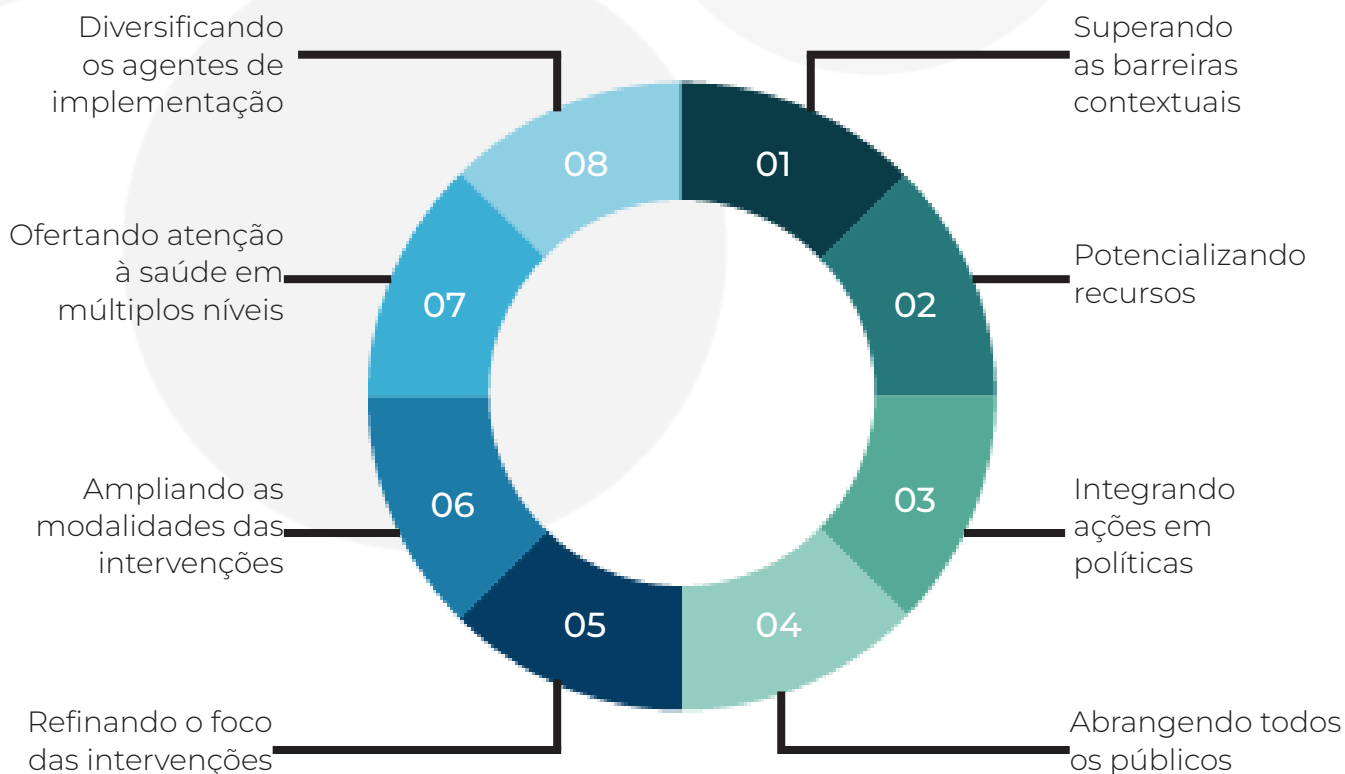
*Sheila Giardini Murta*

*Cristiane Faiad*

*Sérgio Eduardo Silva de Oliveira*

*Thiago Gomes Nascimento*

Este capítulo almeja apresentar proposições para a promoção da saúde, proteção específica e cuidados com a saúde de operadores da segurança pública com base nas evidências oriundas das revisões sistemáticas da literatura e da avaliação de necessidades apresentadas nos capítulos anteriores deste livro. As proposições aqui formuladas surgem a partir de uma abordagem multimétodo de coleta de dados realizada por meio de questionários, grupos focais e visitas *in loco* abrangendo todo o território nacional. As proposições apresentadas a seguir avançam de elementos contextuais para as intervenções e suas especificidades e estão sumarizadas na Figura 1.



**Figura 1**

*Proposições de intervenções em saúde para profissionais da segurança pública*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

## Superando as barreiras contextuais

Os achados da presente obra indicam ser ponto de partida a superação de barreiras contextuais que banalizam as necessidades de saúde dos operadores de segurança pública ou as invisibilizam em meio a uma cultura organizacional construída em torno do ideal de invulnerabilidade, ou mito do “herói”, central na construção da identidade do profissional da segurança pública. Essa cultura organizacional foi identificada como a maior barreira contextual, a um só tempo cultural e política, a partir da qual outras barreiras emergem, como a ausência de uma política institucional de promoção da saúde, proteção específica e cuidados com a saúde de operadores da segurança pública e de infraestrutura humana e financeira para sua implementação. A afirmação da ausência de políticas não pode ser generalizada, visto a existência de algumas propostas em regiões específicas

do país. Contudo, não atenta-se para a necessidade de uma proposta nacional e transversal que vise o enfrentamento dos problemas de saúde tão evidenciados nos indicadores de relatórios e pesquisas na área.

A suplantação dessas barreiras implica a priorização da saúde na agenda política, a alocação orçamentária para a saúde e a formação continuada de lideranças que sejam preparadas para considerar as múltiplas identidades do profissional da segurança pública, incluindo aí sua suscetibilidade ao adoecimento. É preciso identificar janelas de oportunidade para que o tema saúde do operador da segurança pública encontre espaço na agenda política, condição determinante para a previsão de orçamento para a composição ou fortalecimento do setor de saúde nas várias corporações e o investimento continuado na formação profissional.

E, a partir das definições da agenda política, a governança emerge como uma expectativa de se oferecerem respostas conceituais e um conjunto de estratégias, que definem meios e modos de atuação por parte das lideranças da segurança pública para a resolução dos múltiplos problemas apresentados. A governança enfrenta, assim, diferentes maneiras de pactuação política, que independem do marco temporal, por meio de instrumentos diferenciados para implementação dos resultados que se revelam como possíveis.

## Potencializando recursos

A formação e manutenção de parcerias é uma possível via potencializadora dos recursos disponíveis para superação das barreiras contextuais, como é o caso de fóruns de compartilhamento entre os profissionais do setor saúde das corporações mais experientes no tema – reconhecidamente a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros – e das menos experientes. Essas trocas podem disseminar boas práticas de saúde e oportunizar *advocacy* em prol da saúde na segurança pública, ampliando a visibilidade do tema e o acesso ao conhecimento sobre intervenções potencialmente efetivas, viáveis e sensíveis à cultura local.

## Integrando ações em políticas

A institucionalização de uma política de saúde na segurança pública emergiu como tema de destaque nos grupos focais, indicando que os esforços no provimento de ações de saúde devem ser dirigidos por uma política institucional e coordenados entre si, ao invés de ações isoladas ou inconstantes. Isso compreende a criação do setor de saúde, sobretudo na Polícia Penal, Polícia Científica e Polícia Civil, ou fortalecimento do setor de saúde quando este já existe, como é mais frequente no Corpo de Bombeiros e Polícia Militar. Decorre daí a tarefa de compor ou ampliar equipes multiprofissionais de saúde, cujo conhecimento e competência profissional seja focado não apenas na remediação de problemas de saúde, mas também em sua prevenção.

Destaca-se, ainda, que a política de saúde deve guardar estreita relação com a política de gestão de pessoas, podendo compreender ações conjuntas com objetivos comuns, visto que os processos de seleção, treinamento e desenvolvimento de pessoas podem prover oportunidades para incrementar a saúde

ou aumentar riscos para o adoecimento. Os dados desse estudo também revelam que especial atenção deve ser dada ao profissional ao longo de sua carreira, o que reitera a pertinência da articulação entre as políticas de gestão de pessoas e de saúde. Um exemplo de intervenção sensível ao momento da carreira é o planejamento da aposentadoria, ainda pouco comum na segurança pública no Brasil, embora muito necessária, como visto no número substancial de profissionais da reserva que retornam ao trabalho. Seria recomendável sua adoção numa perspectiva de “educação para a aposentadoria”, com desenhos customizados para os profissionais recém-ingressos, os que se encontram no meio da carreira, os que estão a um prazo curto da aposentadoria e os que estão já em vias de se aposentar, dado que cada público dispõe de recursos específicos (como o tempo hábil para planejamento financeiro para os que estão mais distantes da aposentadoria) e estressores distintos (como o risco de esvaziamento da identidade para os que estão próximos de se aposentar e sem planos para o pós-aposentadoria).

### Abrangendo todos os públicos

É evidente, segundo os dados coletados, que a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros apresentam o setor de saúde mais amadurecido, ao passo que a Polícia Civil, a Polícia Científica e

a Polícia Penal apresentam-se mais desassistidas nesse quesito. Portanto, a formulação e a implementação de uma política institucional que considere, com equidade, os diversos segmentos da segurança pública despontam como uma das iniciativas mais urgentes.

## Refinando o foco das intervenções

As equipes multiprofissionais de saúde devem direcionar suas ações, sejam remediativas ou preventivas, para os problemas mais comumente encontrados na segurança pública, a saber: doenças osteomusculares, transtornos mentais (transtornos de ansiedade, depressão e suicídio), cardiopatias e abuso de substâncias. Para tanto, a análise das causas de atestados e afastamentos do trabalho e a avaliação periódica dos riscos ocupacionais podem ser recomendadas para uso eficiente dos recursos das equipes de saúde. Tais causas chamam a atenção para a construção de uma política de registro e acompanhamento dos dados. Ainda que os custos da realização de exames periódicos possam ser altos, os problemas da falta de dados podem ensejar a utilização equivocada dos recursos escassos, que podem ser empregados em políticas ou práticas não prioritárias e que não se relacionem aos principais problemas de saúde enfrentados pelos operadores de segurança pública.

## Ampliando as modalidades das intervenções

Os achados deste estudo reforçam a urgência de se formular e implementar políticas de saúde que concebam a saúde



em sua integralidade. Nessa linha, programas “fora” do setor de saúde, como programas focados em educação financeira, assistência religiosa, como no caso das organizações militares, assistência jurídica e moradia, são tão relevantes quanto os tradicionalmente considerados “dentro” do setor de saúde, como iniciativas para prevenção e pós-venção de suicídio, prevenção de transtorno de estresse pós-traumático, educação para a saúde mental e melhoria em infraestrutura física para redução de riscos ergonômicos à saúde.

### Ofertando atenção à saúde em múltiplos níveis

Como visto nas revisões de literatura que abrem este livro, há um número considerável de estudos internacionais acerca de intervenções para promoção da saúde, proteção específica à saúde e prevenção secundária à saúde de profissionais da segurança pública. Os estudos revisados indicam que a promoção da saúde neste segmento ocupacional pode se dar, por exemplo, por meio de reeducação alimentar, treinamento físico, treino de resiliência, manejo de estresse em incidentes críticos, treino de pares para apoio em saúde mental e treino de gestores de equipes. A proteção específica à saúde pode se dar, por exemplo, através de intervenções para prevenção de agravos à saúde mental, lesões, doenças cardiovasculares e câncer, dentre outras formas de adoecimento passíveis de prevenção primária. A prevenção secundária pode ser feita, por exemplo, por meio do treinamento de resiliência, educação do sono e terapia de exposição imaginária, ativação comportamental e terapia cognitiva para depressão e transtorno de estresse pós-traumático e terapia cognitivo comportamental focada em trauma. A oferta de ações nesses múltiplos níveis de atenção à saúde seria, por cer-

to, o ideal, com provável efeito na redução na incidência e prevalência de doenças ocupacionais e prevenção dos custos sociais, organizacionais e individuais decorrentes do adoecimento.

## Diversificando os agentes de implementação

Nem sempre a equipe de saúde precisa ser o agente responsável pela implementação das intervenções em saúde. Conforme revelam os estudos revisados ao início deste livro, os pares podem ser agentes de promoção da saúde muito eficazes. Eles podem atuar como fontes de ajuda aos colegas de trabalho, se devidamente treinados para perceber sinais de alerta em saúde mental, aconselhar e encaminhar para outras fontes de ajuda, se necessário. Tais ações podem ter início desde os cursos de formação, pós seleção dos profissionais, quando instrutores do curso podem ser treinados para avaliarem possíveis sinalizadores de saúde. Gestores igualmente treinados podem fazer papel similar. Nessa direção, cabe considerar a viabilidade de intervenções oferecidas via computador ou dispositivos móveis, a exemplo de intervenções personalizadas mediadas por internet (*computer tailored interventions*), que podem ser úteis como estratégia para educação em saúde, vantajosas por alcançarem um vasto público sem mediação humana.

## Proposta Multidimensional de Promoção da Saúde

Considerando todos os aspectos discutidos neste livro, en-

tende-se que a elaboração de uma política (que inclui as esferas nacional e estadual) de monitoramento e de promoção da saúde de servidores da segurança pública seja o caminho promissor para a promoção da qualidade de vida desses profissionais. Os dados desta pesquisa nacional apontam para a multidimensionalidade da saúde, o que está em acordo com a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (1978, p. 1), a qual entende a saúde como um estado de “[...] completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. De fato, no presente estudo esse conceito é ampliado para dimensões de saúde ambiental e institucional, as quais serão melhor descritas adiante.

Recomenda-se a construção de uma política nacional de promoção da qualidade de vida, de saúde e de valorização do profissional de segurança pública que contemple de forma dinâmica e integrada as cinco dimensões identificadas neste estudo. A Figura 2 sintetiza o modelo multidimensional de saúde identificado nesta pesquisa.

**Figura 2**

*Modelo multidimensional de saúde*

*Nota.* Elaborada pelos autores.

Considerando as diversas realidades e necessidades estaduais e regionais, uma política flexível, que possibilite o fortaleci-

Saúde Física	Saúde Mental	Saúde Social	Saúde Ambiental	Saúde Institucional
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Condicionamento físico</li> <li>-Saúde orgânica</li> <li>-Alimentação</li> <li>-Sono</li> <li>-Saúde oral/bucal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desmistificação e combate ao estigma</li> <li>-Desenvolvimento de recursos psicológicos positivos</li> <li>-Prevenção de saúde</li> <li>-Intervenção em saúde mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Investimento em cultura e lazer</li> <li>-Fortalecimento das relações familiares</li> <li>-Fortalecimento das relações entre pares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Moradia</li> <li>-Transporte</li> <li>-Endividamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Demandas vs. recursos</li> <li>-Ergonomia e infraestrutura</li> <li>-Assistência jurídica</li> <li>-Preparação para aposentadoria</li> <li>-Assistência a dependentes</li> </ul>

mento de programas já existentes e que permita que cada estado estabeleça as prioridades e o planejamento de curto, médio e longo prazos, seria uma proposta que compartilha responsabilidades e que respeita as diferenças e necessidades específicas de cada região. De todo o modo, diretrizes nacionais para o monitoramento do programa tendem a gerar indicadores de avaliação do programa que são transversais às especificidades e necessidades de cada estado. É importante que a compreensão multidimensional seja implementada, pois ações focadas em apenas um ou dois domínios tendem a não impactar a percepção de saúde geral dos servidores.

De modo geral, definimos as dimensões e sinalizamos algumas ações que podem ser implementadas com base nos dados coletados por esta pesquisa.

## Saúde física

A dimensão saúde física diz respeito à sensação de bem-estar relacionada ao bom funcionamento orgânico e corporal. É importante que os servidores da segurança pública tenham condições físicas para realizarem suas atividades. Para tanto, recomendam-se programas que visem o fortalecimento do condicionamento físico (cardiorrespiratório e muscular), incluindo profissionais das áreas da Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Além disso, ações de monitoramento do funcionamento orgânico, como por exemplo, check-up anual, possibilita a identificação e tratamento de alterações no funcionamento orgânico, como por exemplo, diabetes, hipertensão e outros agravos de saúde. As diferentes especialidades médicas são parte dessa ação, como a oftalmologia, a traumatologia e a cardiologia, por exemplo. Ainda, programas que visem o aprimoramento da qualidade alimentar tendem a contribuir dinamicamente com as ações de condicionamento físico e de saúde orgânica. A presença de profissionais da área da nutrição podem contribuir para ações de educação alimentar, de forma preventiva, ou mesmo de reeducação alimentar, de forma corretiva. Programas que tenham por objetivo melhorar a qualidade do sono tendem a ser muito necessários no contexto da segurança pública devido aos diferentes turnos de trabalho. Profissionais da Psicologia e da Psiquiatria podem colaborar nesse processo com intervenções comportamentais de higiene do sono e/ou medicamentosas. Por fim, ações que visem a promoção da saúde oral/bucal, que podem contar com profissionais da Odontologia e Fonoaudiologia, completam o ciclo da saúde física.

## Saúde mental

O domínio saúde mental se refere à sensação de bem-estar subjetivo e psicológico. É fundamental que os servidores da segurança pública tenham um funcionamento mental saudável para que possam exercer adequadamente suas atividades profissionais. Para tanto, programas psicoeducativos de desmistificação e de combate ao estigma de transtornos mentais parece ser primordial nesse contexto. A ausência de busca de ajuda psicológica passa por essa questão. Ainda, ações de promoção e de desenvolvimento de recursos psicológicos sadios tendem a fortalecer as habilidades e competências socioemocionais individuais e coletivas. Assim, a promoção da empatia, compaixão, resiliência, engajamento, relações positivas, sentido de vida, emoções positivas, esperança, otimismo, realização e gratidão, por exemplo, podem fortalecer as experiências psicológicas positivas. Ainda, ações de prevenção e de tratamento de saúde mental tendem a favorecer a saúde psicológica dos servidores da segurança pública. Em termos de prevenção, podem-se pensar em ações de prevenção ao suicídio e ao uso de substâncias, dois agravos de saúde mental identificados nesta pesquisa. Em termos de tratamento, ações de intervenção em saúde mental para aqueles profissionais que já se encontram com sintomas e/ou quadros psicopatológicos é fundamental para o adequado restabelecimento da saúde e reinserção nas atividades laborais. Nesse domínio, os profissionais da área psi (psicólogos e psiquiatras) tendem a ser os protagonistas.

## Saúde social

O domínio da saúde social é aqui entendido como a sensação de bem-estar comunitário. É importante que as pessoas tenham momentos de lazer, de socialização com familiares, amigos e colegas de serviço. Investimentos em lazer tendem a gerar sentimentos de alegria e satisfação que se contrapõem aos sentimentos de estresse e tensão, muito típicos nas tarefas desempenhadas por operadores da segurança pública. Desse modo, é importante fomentar a vivência de experiências emocionais positivas. Para tanto, ações de incentivo ao lazer e a cultura podem favorecer essas vivências positivas. Assim, a busca por convênios e descontos, bem como a formulação de outras ações de incentivo ao lazer e cultura podem ser práticas regulares das instituições. Ainda, ações que visam o fortalecimento das relações familiares, como por exemplo, workshops e palestras, podem contribuir para o senso de bem-estar familiar. O fortalecimento das relações entre pares, por meio de ações de treinamento de habilidades sociais e de comunicação, bem como por meio da promoção de atividades de lazer entre os servidores, podem contribuir com o desenvolvimento desse senso de bem-estar social. Profissionais da psicologia, administração e assistência social podem contribuir com o planejamento, execução e avaliação de ações nesse domínio.

## Saúde ambiental

O domínio de saúde ambiental está relacionado à sensação de segurança. A segurança é uma necessidade psicológica importante na Teoria das Necessidades de Maslow (1942). Essa necessidade diz respeito à percepção de se sentir seguro em diferentes aspectos: emocional, econômico, físico, patrimonial, etc. Nesse domínio, vê-se importante a formulação de ações que visem o fortalecimento dessa sensação de segurança. Assim, programas de assistência à moradia podem contribuir com isso, uma vez que as inseguranças relacionadas ao ambiente de moradia dos servidores podem deixá-los em constante estado de tensão. Ainda, servidores que residem muito distantes do local de trabalho e que gastam muitas horas no trânsito podem ser contemplados em programas relacionados ao transporte. Nota-se que o transporte aqui pode ser compreendido de forma ampla, como por exemplo, estabelecer a jornada de trabalho com base no pico de trânsito para servidores que podem ficar duas ou mais horas em locomoção para o trabalho. A segurança financeira é outra variável importante, sendo que ações de educação para o adequado gerenciamento monetário podem ser positivas. Para o planejamento de ações nesse domínio, profissionais da administração, da economia e da assistência social podem oferecer contribuições significativas.



## Saúde institucional

Por fim, nesse último domínio, está o papel da instituição / organização na promoção da qualidade de vida. Esse domínio representa a sensação de bem-estar proporcionada pela instituição em si. Nesse sentido, tratam-se de trabalhadores satisfeitos com os processos de trabalho, com o ambiente e recursos disponibilizados pela instituição e com os programas de valorização profissional. Para tanto, um monitoramento para o estabelecimento do equilíbrio entre demandas versus recursos precisa ser feito de forma constante. A análise de demandas versus contingente disponível para executá-las e a identificação das atividades necessárias versus materiais disponíveis são exemplos de ações que podem ser implementadas. Aqui inclui-se o planejamento de contratação (concurso) de profissionais, de planejamento de aquisição de equipamentos e insumos, etc. Ainda, a manutenção de um ambiente bem cuidado, com instalações apropriadas, com equipamentos ergonômicos tendem a favorecer o senso de bem-estar institucional. Sentir-se parte ativa e valorizada da instituição também tendem a favorecer esse senso de bem-estar. Assim, ações de valorização profissional, tais como, programas de assistência jurídica, de preparação para a aposentadoria e de assistência a dependentes podem cumprir seus objetivos específicos bem como favorecer o senso de bem-estar institucional.

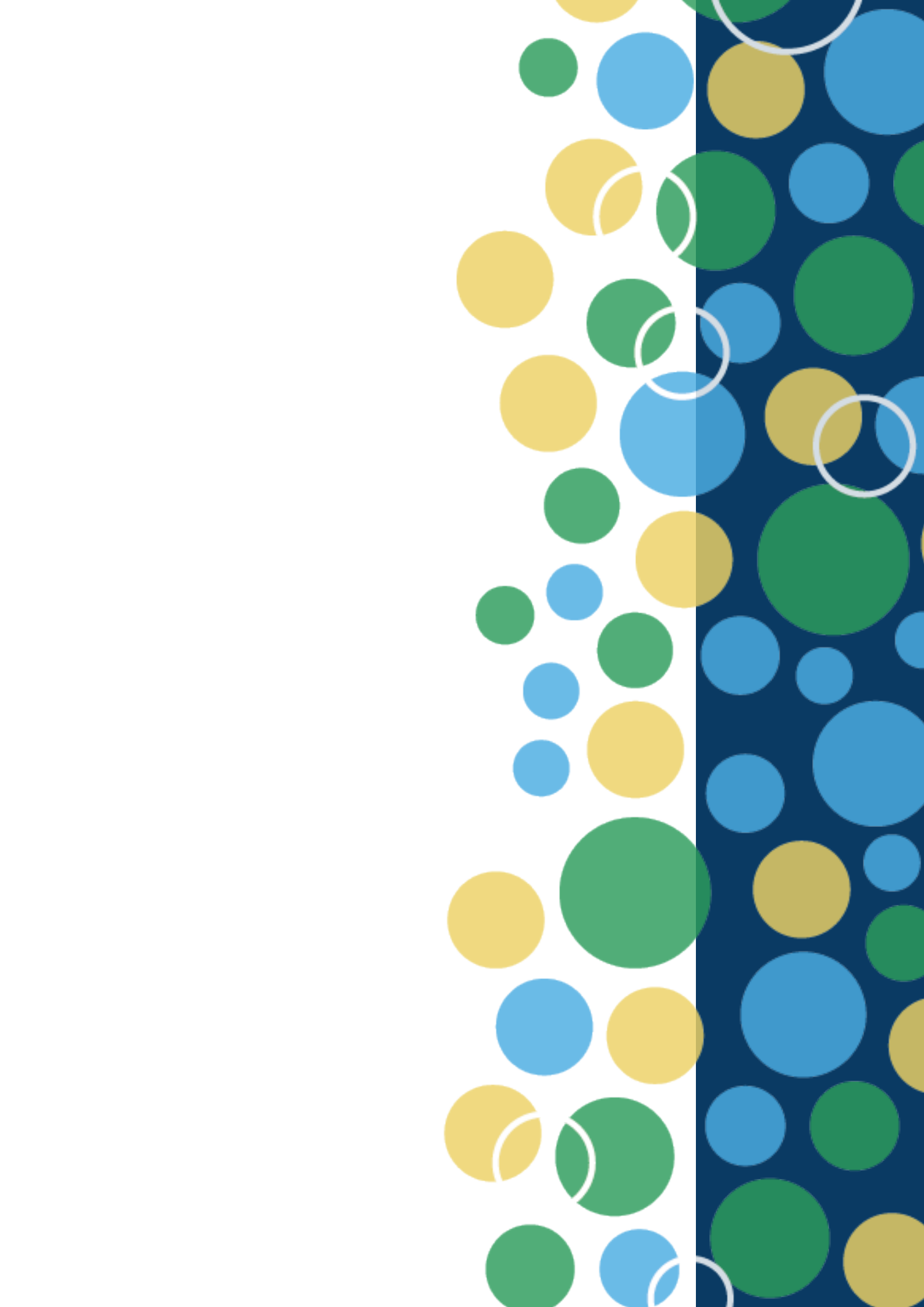
## A Interdependência das Dimensões de Saúde

A hipótese formulada a partir dos estudos aqui apresentados é de que as dimensões de saúde tendem a ser relacionadas entre si, sendo que a promoção de uma dimensão tende a afetar outras dimensões. Da mesma forma, um déficit importante em uma dimensão tende a afetar negativamente as demais dimensões. Por exemplo, pouco adianta fazer programas intensivos de promoção da saúde mental, se nenhuma intervenção tem sido feita na saúde institucional. Em outras palavras, a instituição pode oferecer psicoterapia e tratamento psiquiátrico para seus servidores, e essas ações podem ter pouco efeito se por outro lado a instituição não investe na saúde institucional, isto é, fazendo demandas excessivas, sem oferta de infraestrutura e de condições de trabalho. Desse modo, é importante pensar em uma política de curto, médio e longo prazos que contemplem as diferentes dimensões de saúde aqui definidas de modo a mitigar os problemas relacionados à saúde no contexto da segurança pública.

## Considerações Finais

Em síntese, as proposições ora apresentadas abarcam não apenas intervenções propriamente ditas, mas também os contextos que as demandam, facilitam ou sustentam. E, mais do que nomear intervenções necessárias indicadas pelos achados deste estudo, faz-se vital considerar os processos e estratégias pelas quais são implementadas, por quem pode implementá-las, com qual qualidade devem ser implementadas e a quais outras intervenções se conectam, de modo a compor uma política, sistema ou programa que compreenda um conjunto coordenado de intervenções de saúde. Os contextos geográfico, epidemiológico, sociocultural, ético, legal e político que envolvem os diversos segmentos que compõem a segurança pública no Brasil serão, por certo, definitivos na tomada de decisão acerca de quais intervenções das aqui indicadas podem passar do nível propositivo ao prático, uma vez que atendam aos critérios da viabilidade, relevância ou urgência conferidos pela realidade local.

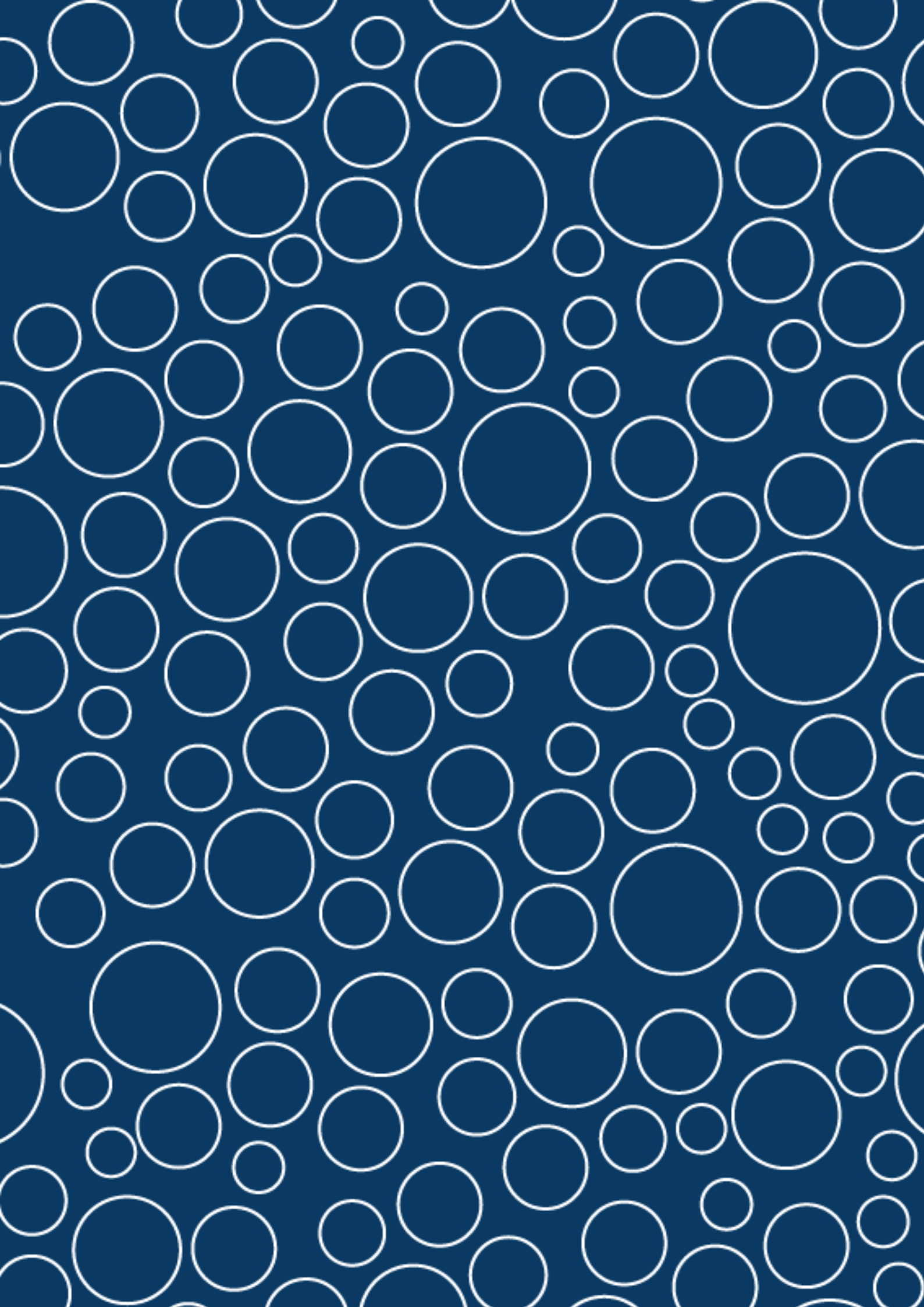
Neste sentido, os dados ora alarmantes que vem subsidiando a definição de um perfil de saúde que requer cuidados, evidencia a necessidade da construção de propostas substanciais, baseadas em evidências e vinculada a políticas nacionais que possam identificar a transversalidade no sistema. Por esse motivo, espera-se que essa obra possa ser mais uma contribuição que subsidiem futuras e necessárias ações de gestão. Com o marco da publicação do Decreto nº 11.107, de 29 de junho de 2022, que altera o Decreto nº 9.489 de 30 de agosto de 2018, para dispor sobre o Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública, que de fato sejam construídas articulações institucionais, monitoramento e avaliação dos servidores de segurança e a busca pela melhoria dos indicadores de saúde no país.



## Referências

Maslow, A. H. (1942). The dynamics of psychological security-insecurity. *Character & Personality; A Quarterly for Psychodiagnostic & Allied Studies*, 10, 331–344. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1942.tb01911.x>

Organização Mundial da Saúde (1987). Declaração de Alma-Ata: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Genebra.



**ACESSO  
AO CURSO:  
Abordagem do  
Mapeamento de  
Intervenções**

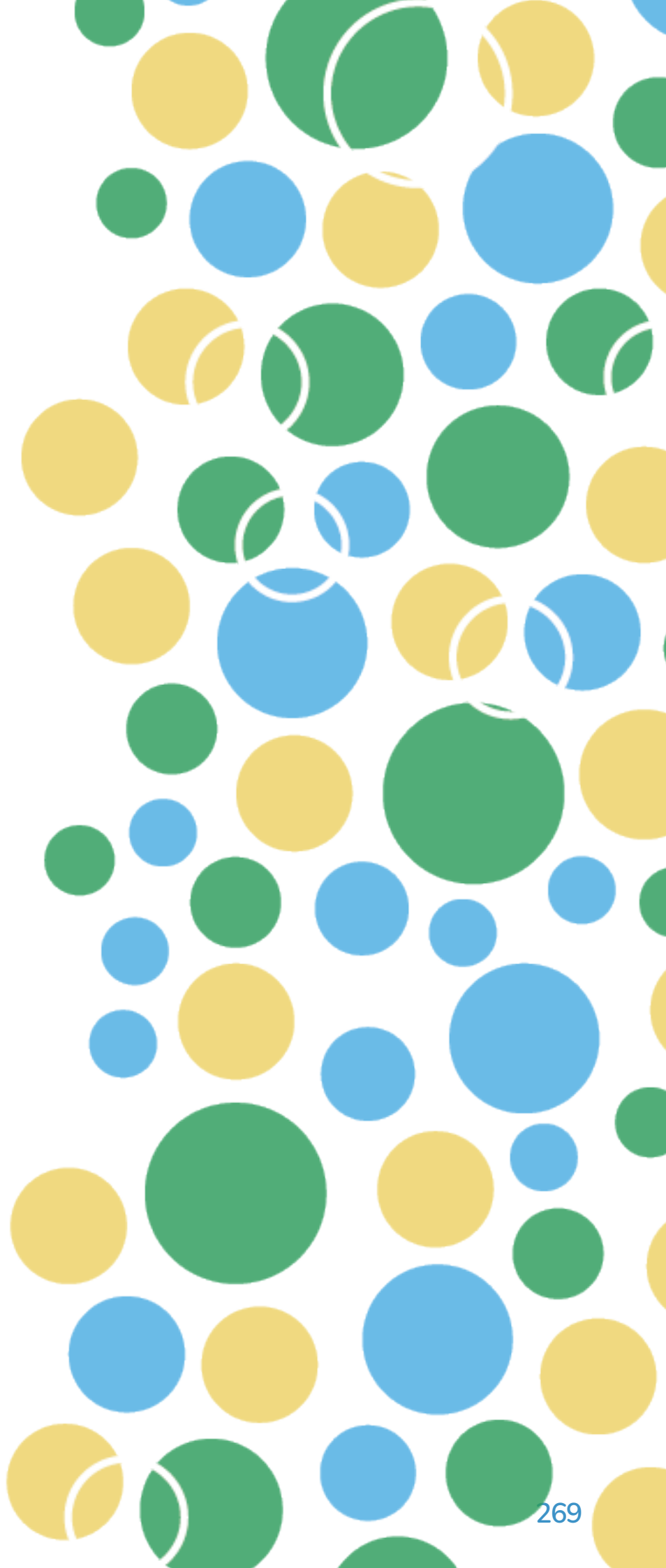


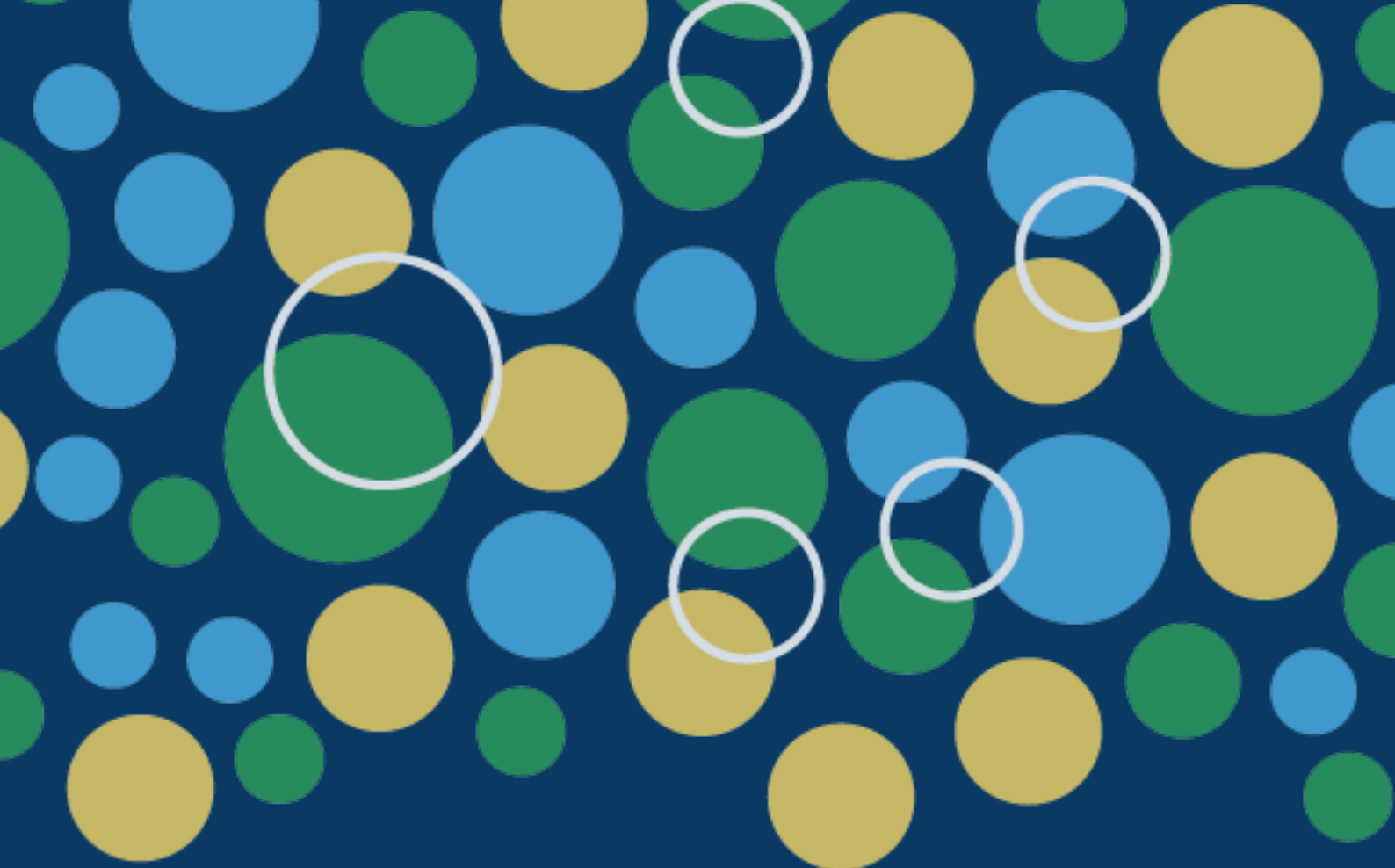


Para ter acesso ao curso sobre Abordagem do Mapeamento de Intervenções, ministrado pela Professora Dra Sheila Giardini Murta, clique no QR Code.

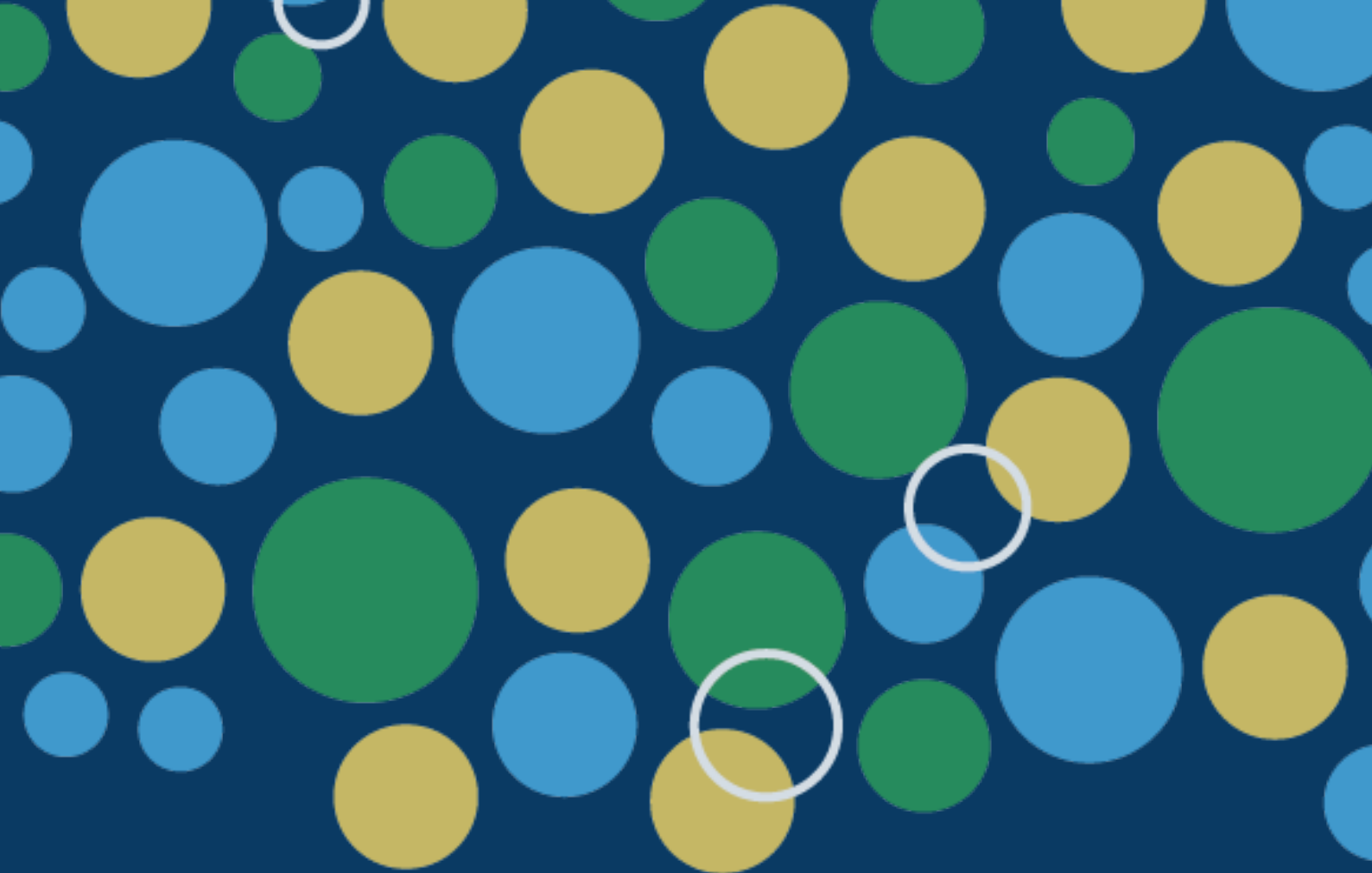
Este curso tem como objetivo desenvolver conhecimentos introdutórios acerca da abordagem de mapeamento de intervenções e suas várias etapas de planejamento de programas para promoção da saúde, prevenção e cuidado em saúde. O curso foi promovido pelo Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - CEPATS, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília ([www.cepats.unb.br](http://www.cepats.unb.br))







# **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**



## **Adrielli Santos de Santana**

Aluna do programa de pós-graduação em Economia pela Universidade de Brasília (UnB), doutoranda. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Economia Regional e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Santa Cruz (PERPP/UESC) e Bacharela em Ciências Econômicas pela UESC. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED n° 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, FACE, Campus Darcy Ribeiro. Asa Norte - Brasília - DF. CEP: 70.910-900. Email: [adrielli\\_santana@outlook.com](mailto:adrielli_santana@outlook.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2001-4488?lang=pt>

## **Alice Miranda Bentes**

Psicóloga e Licencianda em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Bolsista de iniciação científica do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculado ao TED n° 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900. E-mail: [alicembentes@gmail.com](mailto:alicembentes@gmail.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4992-7849>

### **Amanda Vitoria Lopes**

Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política pela Universidade de Brasília (UnB), doutoranda. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED n° 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: Endereço: Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: amanda\_vilopes@hotmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9906-0622>

### **Ana Carolina Silva Coelho**

Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB) e aluna de graduação em licenciatura em Psicologia pela Unb. Bolsista de iniciação científica do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED n° 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP:70.910-900 - E-mail: anacscoelhopsi@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3243-7453?lang=pt>

## **Ana Gabriela Duarte Mauch**

Psicóloga e Bacharela em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Saúde Mental Infantojuvenil pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PsiCC) pela UnB, mestranda. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: anagabimauch@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2805-4150>

## **Ângela Oliveira de Sá**

Aluna de graduação em Ciência Política pela Universidade de Brasília (UnB). Bolsista de iniciação científica do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Possui graduação em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade de Brasília. Endereço: UnB, Campus Darcy Ribeiro, IPOL, Prédio IPOL/IREL, Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70904-970 - E-mail: angela.unbgpp@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5253-7000>

## **Antonio Aisengart**

Aluno de graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Bolsista de iniciação científica do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculado ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: antonioaisengart@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4272-9735>

## **Caio de Melo**

Aluno do programa de pós-graduação Psicologia do Desenvolvimento e Escolar (PGPDE) pela Universidade de Brasília (UnB), mestrando (bolsista CNPq). Pesquisador do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculado ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Especialista em Saúde Mental Perinatal pelo Instituto Europeu de Saúde Mental Perinatal. Psicólogo pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: SQS 104, Bl.D, Ap.606 - Asa Sul, Brasília - DF. CEP: 70.343-040 - E-mail: caiodems@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6287-3120>



## **Cristiane Faiad**

Doutora e Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PSTO) pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Departamento de Psicologia Clínica e dos Programas de Pós-Graduação: PSTO e PPG-PsiCC da UnB. Coordenadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (Cepats/IP/UnB). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: [crisfaiad@gmail.com](mailto:crisfaiad@gmail.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8012-8893>

## **Daniela Sacramento Zanini**

Psicóloga, possui doutorado em Psicologia Clínica e da Saúde (2003) e pós-doutorado pela Universidad de Barcelona-Espanha (2008) e Universidade do Porto-Portugal (2020). Atualmente é professora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás na graduação e Pós-graduação em Psicologia (mestrado e doutorado). Atua também como Psicóloga clínica e da saúde. É membro da Comissão Consultiva de Avaliação Psicológica (CCAP/SATEPSI), presidente do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (Ibap, gestão 2021-2023). Endereço: Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 E-mail: [dazanini@yahoo.com](mailto:dazanini@yahoo.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2515-2820>

### **Diana Verônica Suárez Naranjo**

Mestra em Geografia pela Universidade de Brasília; Engenheira Geógrafa em Planejamento Territorial na Pontifícia Universidade Católica do Equador. Profissional com experiência relacionada em Planejamento, Desenvolvimento Territorial e Geoprocessamento de Dados. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (Cepats/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: [diany.suarez1@gmail.com](mailto:diany.suarez1@gmail.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9655-9543>

### **Dionne Rayssa Cardoso Corrêa**

Psicóloga e aluna do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB), mestranda. Pós-graduanda em Neuropsicologia do Envelhecimento pelo Child Behavior Institute of Miami. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: [cardosorayssad@gmail.com](mailto:cardosorayssad@gmail.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3811-7744>

## **Elivaldo Ribeiro de Santana**

Aluno do programa de pós-graduação em Gestão Pública pela Universidade de Brasília (UnB), mestrando. Graduado em Gestão Ambiental pela UnB e possui especialização em Geografia e Análise Ambiental pela Universidade Estadual de Goiás. Pesquisador do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculado ao TED n° 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - Email: elivaldogaunb@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0911-5675>

## **Giulia Veiga de Leite Ribeiro Melo**

Psicóloga e bacharela em Psicologia pela Universidade de Brasília. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED n° 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: [giulia.veiga.15@gmail.com](mailto:giulia.veiga.15@gmail.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4648-6494>

## **Gustavo Salgueiro Rocha**

Aluno de graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Bolsista de iniciação científica do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculado ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Staff do departamento de recursos humanos da Green Owls. Endereço: Q.S 11 Conjunto F Casa 17 CEP: 71979-720 - E-mail: gustavosalgueiro0@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5921-0593>

## **Luiza Mariana Brito Soares**

Aluna do programa de pós-graduação e mestra em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PSTO) pela Universidade de Brasília (UnB), doutoranda. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Docente do Departamento de Administração - FACE/UnB e Professora Assistente I do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Distrito Federal. - e-mail: [luiza.mariana@yahoo.com.br](mailto:luiza.mariana@yahoo.com.br) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4078-6437>

## **Mariana da Cruz Pinto**

Aluna de graduação em psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Bolsista de iniciação científica do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Integrante do grupo de Pesquisa Clínica sobre Gestação e Maternidade. Interesse nas áreas de Psicologia Social e Psicologia da Saúde. Email: mariacruz22208@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4940-3209>

## **Olivia Leone Morais**

Aluna de graduação em psicologia pela Universidade de Brasília. Bolsista de iniciação científica do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: [olivialeonemorais@gmail.com](mailto:olivialeonemorais@gmail.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0147-8722>

## **Ranielly Pereira Barbosa**

Aluna de graduação em Serviço Social pela Universidade de Brasília. Bolsista de iniciação científica do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, Brasília - DF - CEP: 70.910-900. E-mail: ranielly99@hotmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2715-4301>

## **Sérgio Eduardo Silva De Oliveira**

Psicólogo (UNILAVRAS), Especialista em Avaliação Psicológica (UFRGS e CFP), Mestre e Doutor em Psicologia (UFRGS), Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica (PCL) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PsiCC) na Universidade de Brasília (UnB). Coordenador do Núcleo de Estudos em Avaliação Psicológica Clínica (NEAPSIC) e do Serviço de Avaliação Psicológica (SAPsi). Vice-coordenador do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS). Coordenador do Grupo de Trabalho Avaliação Psicológica e Psicopatologia (GT-APP) da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP) nos biênios 2018-2019 e 2020-2021. Endereço: Campus Darcy Ribeiro, ICC Sul, Sala A1 028/4. Asa Norte, Brasília-DF. CEP: 70.910-900. E-mail: [sergioeduardos.oliveira@gmail.com](mailto:sergioeduardos.oliveira@gmail.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2109-4862>



## **Sheila Giardini Murta**

Doutora em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações e Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Endereço: UnB, Campus Darcy Ribeiro, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - Email: [giardini@unb.br](mailto:giardini@unb.br) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5515-5219>

## **Tatiele Souza de Oliveira**

Aluna do programa de pós-graduação Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Brasília (UnB). Graduada em Psicologia pela Universidade de Rio Verde. Pesquisadora no Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (Cepats/IP/UnB), vinculada ao TED n° 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70910-900. E-mail: [tatiele.oliveira@outlook.com.br](mailto:tatiele.oliveira@outlook.com.br) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0495-1447>



## **Thiago Gomes Nascimento**

Doutor em Ciências de Gestão pela Universidade de Aix-Marseille (França) e Doutor em Administração pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Departamento de Processos Psicológicos Básicos e do Programa de Pós-graduação em Ciência do Comportamento (PPG-CdC). Pesquisador do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (Cepats/IP/UnB). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: tgn.1980@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2432-3117>

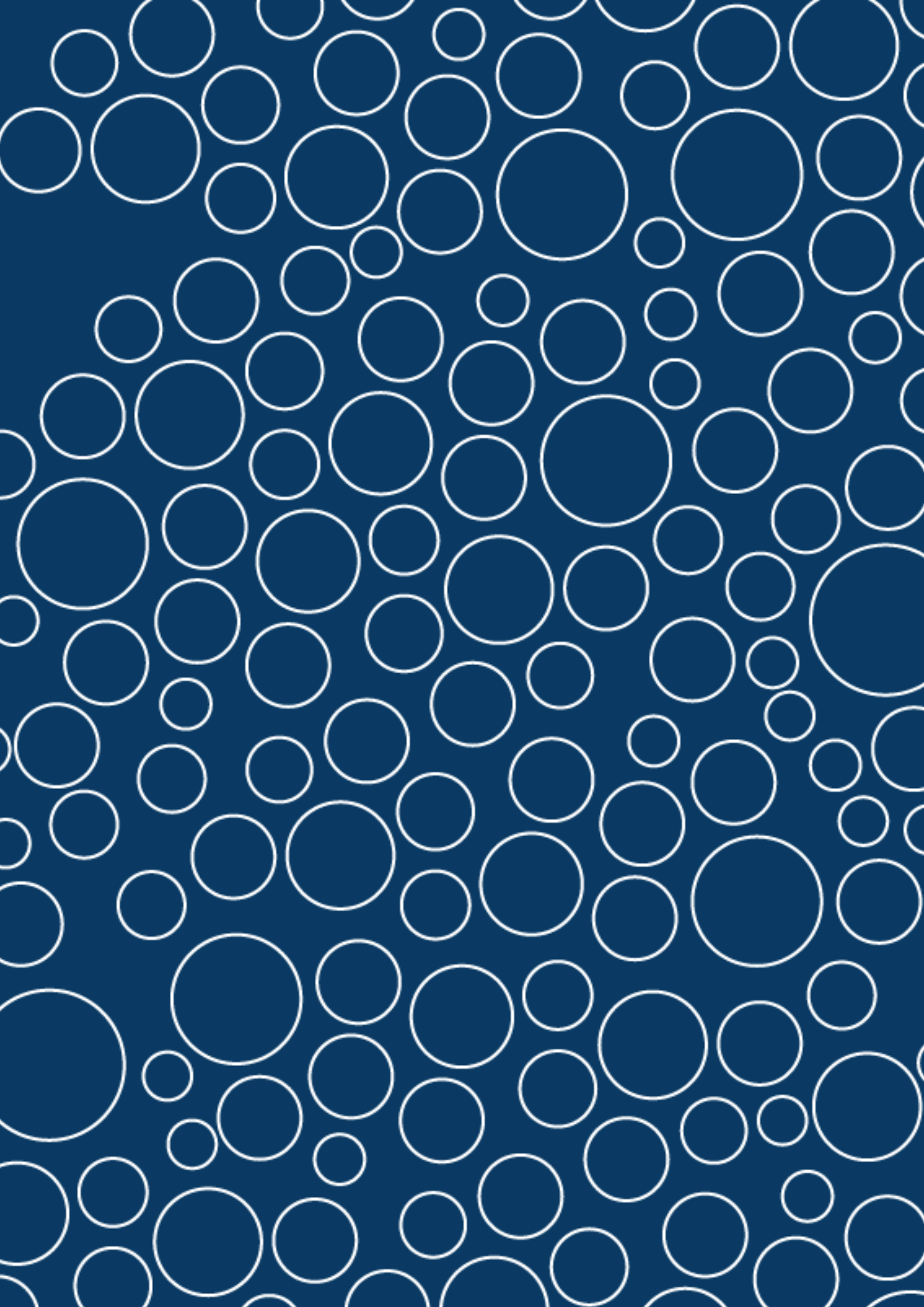
## **Victor Cezar de Sousa Vitor**

Mestre e Aluno do programa de pós-graduação em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (PPGAS/UnB), doutorando. Pesquisador do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculado ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de a Pública (MJ/SENASP). Membro do Laboratório de Antropologia da Ciência e da Técnica (LACT/DAN/UnB). Endereço: Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais, Campus Universitário Darcy Ribeiro (ICS/DAN/UnB), Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: [victorcsvitor@gmail.com](mailto:victorcsvitor@gmail.com) - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1622-7368>



## **Victoria Ayelen Gomez**

Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura PPGPsiCC do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Psicologia Social do Trabalho, das Organizações e Clínica do Trabalho pela UnB. Graduação em Psicologia pela Universidade Nacional de Córdoba (Argentina). Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais (CEPATS/IP/UnB), pela Finatec, vinculada ao TED nº 009/2019/CGPP/DPSP/SENASP) entre a UnB e o Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública (MJ/SENASP). Endereço: UnB, IP, Campus Darcy Ribeiro, Centro de Pesquisa em Avaliação e Tecnologias Sociais - Cepats, sala BT 016/63. Asa Norte, Brasília - DF. CEP: 70.910-900 - E-mail: victoria.ayelen.gomez@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5753-6429>



ISBN n° 978-65-87762-17-3