

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes filhos de policiais militares do estado do Rio de Janeiro”

por

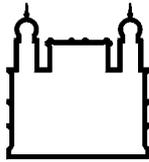
Cristiane Cavalcante Paixão

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Simone Gonçalves de Assis

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Patricia Constantino

Rio de Janeiro, março de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes filhos de policiais militares do estado do Rio de Janeiro”

apresentada por

Cristiane Cavalcante Paixão

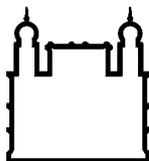
foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Cecy Dunshee de Abranches

Prof.^a Dr.^a Maria Cecília de Souza Minayo

Prof.^a Dr.^a Simone Gonçalves de Assis – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 25 de março de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ficha Catalográfica:

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

P149 Paixão, Cristiane Cavalcante

Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes filhos de Policiais Militares do Estado do Rio de Janeiro. / Cristiane Cavalcante Paixão. -- 2013.

ix,132 f. : tab.

Orientador: Assis, Simone Gonçalves de

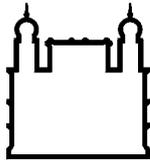
Constantino, Patrícia

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013

1. Transtornos Mentais. 2. Estresse Psicológico. 3. Polícia. 4. Esgotamento Profissional. 5. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos. 6. Violência. 7. Criança. 8. Adolescente. 9. Relações Pais-Filho. I. Título.

CDD - 22.ed.

– 616.89



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

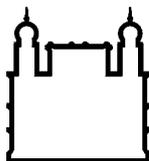
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Dedicatória:

Para os pacientes do Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Central da Polícia Militar e para as suas famílias, que com generosidade e coragem nos emprestaram suas histórias e permitiram a realização desta Dissertação e que, ao longo destes anos, me desafiaram e incentivaram nesta busca.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Agradecimentos:

Às minhas orientadoras Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino que, com sabedoria e tranqüilidade, me guiaram nesta aventura e que souberam que seria possível.

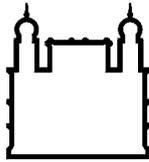
À Professora Dr.^a Maria Cecília de Souza Minayo por todos os ensinamentos, que, sem dúvida, permitiram que eu chegasse até aqui e que com generosidade faz parte da banca examinadora. À Professora Dr.^a Cecy Dunshee de Abranches, cujo trabalho sobre violência psicológica foi de grande ajuda e que também aceitou ser parte da banca de avaliação.

Aos meus superiores, médicos do HCPM, que permitiram e incentivaram a realização deste estudo, principalmente porque acreditam e dedicam suas vidas ao atendimento dos pacientes: Coronel PM Sérgio Sardinha (Diretor), Tenente Coronel PM Antônio Carlos Seabra (Chefe do Serviço de Pediatria), Tenente Coronel PM Eduardo Zaeyen (Chefe do Centro de Estudos) e Major PM Wilson de Matos Jr (Chefe do Ambulatório de Pediatria).

Ao Coronel PM Mário Sérgio de Brito Duarte, que à época do início deste estudo comandava a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro e que, com sabedoria e sensibilidade, incentivou e apoiou sua realização. Ao Sr Subsecretário de Segurança Pública Roberto Sá, que abriu portas e também apoiou a realização deste trabalho, apesar dos grandes desafios enfrentados neste período pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro.

Aos colegas e amigos de plantão, de ambulatório e de mestrado, por compartilharem as alegrias e dificuldades do caminho. Aos praças e funcionários civis do ambulatório que, com paciência e verdadeiro interesse, colaboraram na difícil tarefa do trabalho de campo.

À minha família pela paciência, pela ajuda e pelo carinho, mesmo nas muitas horas em que foram privados da minha presença e atenção, destinadas à realização deste trabalho. Principalmente ao meu marido e minha filha, Júlia, e aos meus pais. Sem vocês não teria sentido. E aos meus amigos, que não se cansam de insistir em estar comigo apesar das minhas ausências freqüentes.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

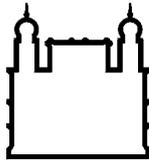
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Resumo:

O atendimento psiquiátrico de crianças e adolescentes, filhos de Policiais Militares do Estado do Rio de Janeiro no HCPM-RJ entre 2005 e 2009, revelou quadros graves, com histórias de vivências de violência, além de psicopatologia e falecimento dos pais. Existem evidências na literatura sobre o estresse do trabalho policial, maior prevalência de violência doméstica (VD) e de abuso de álcool (AA) e da elevada morbimortalidade nesta população, mas são poucos os estudos a respeito do impacto sobre as famílias. Nesta dissertação buscamos compreender melhor os transtornos diagnosticados e a exposição dos filhos de policiais a fatores de risco, possivelmente relacionados com a ocupação dos pais, incluindo percepções e vivências individuais e familiares. **Metodologia:** estudo transversal de pacientes novos, admitidos no ambulatório de psiquiatria do HCPM-RJ entre maio e outubro de 2012, combinando métodos: quantitativo (entrevista de diagnósticos psiquiátricos-K-SADS-PL) e escalas de violência (psicológica -VP e familiar-comunitária); qualitativo (entrevista com pacientes e pais) e triangulação dos dados. **Resultados:** Foram avaliados 39 crianças e adolescentes, com elevada prevalência de transtornos (85%), TDAH presente em 51,2% e Transtornos de Ansiedade em 43%, VD em 53% , TEPT em 23%, dos quais 66,6% vivenciaram VD e 55,5% com AA nos pais. É importante o medo relacionado aos riscos da profissão nos filhos e está mais presente nas famílias que vivenciam violência. Alterações de comportamento familiar, associadas às situações de estresse e medo, comprometem o diálogo e potencializam o medo. **Conclusões:** O estudo sugere que o trabalho policial militar esteve relacionado a: medo em seus filhos, alterações do funcionamento familiar, violência doméstica e outras violências; que se relacionaram a transtornos psiquiátricos graves e comórbidos nos filhos. **Sugerimos:** ampliação do atendimento em saúde mental para os policiais militares e suas famílias; contratação de psiquiatras da infância e adolescência e aumento do número de psiquiatras e psicólogos; formação de equipes multidisciplinares para o atendimento das crianças e adolescentes; equipes treinadas na prevenção, diagnóstico e tratamento com ênfase nas situações de violência e estresse ocupacional; inclusão de disciplinas sobre o estresse e os impactos da violência sobre a saúde nos cursos de formação dos policiais; estudos prospectivos e comparativos buscando também fatores protetores e, finalmente, o desenvolvimento de estratégias preventivas e de promoção de saúde mental, cujo impacto positivo deverá estender-se à qualidade dos serviços prestados pela Polícia Militar à população.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

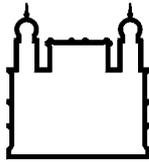


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Abstract

The psychiatric care of children and adolescents, sons and daughters of Military Police Officers of the State of Rio de Janeiro in the HCPM-RJ, within the years 2005 and 2009, revealed severe conditions with history of violence, besides psychopathology and demise of parents. The literature on stress related to police work gives evidence to high incidence of domestic violence (DV), alcohol abuse (AA) and elevated morbimortality in this population, but there is little study concerning its impact on the families. In this dissertation we attempt to better understand the diagnosed disorders and the exposure of the children of police officers to risk factors, possibly related to parent's occupation, including individual and family perceptions and experiences. **Methodology:** cross-sectional study of new patients admitted between May and October, 2012, combining: quantitative method (interview for psychiatric diagnosis - K-SADS-PL- and scales of violence – psychological/PV and family-community); qualitative method (interview with patients and parents) and triangulation of data. **Results:** 39 children and adolescents were evaluated, with high prevalence of disorders (87%), ADHD present in 51,2% and Anxiety Disorders in 43%, DV in 53%, PTSD in 23%, of which 66,6% experienced DV and 55,5% have AA parents. The children's fear related to the professional risks is important, and is more present in families which experience violence. Changes in the family behavior, associated with situations of stress and fear, compromise the dialog and reinforce fear. **Conclusion:** The study suggests that the military police work has been related to: fear in their children, changes in family functioning, domestic and other violences related to severe psychiatric disorders and comorbidities in children. **Suggestions:** increase of mental health care for military police officers and their families, recruitment of child and adolescent psychiatrists and increase in number of psychologists and psychiatrists, formation of multidisciplinary teams for the care of children and adolescents, train teams for the prevention, diagnosis and treatment with emphasis on situations of violence and occupational stress, inclusion of subject concerning stress and the impact of violence on health in the police training course, prospective/comparative studies aiming at protection factors and development of prevention and mental health promotion strategies, which positive impact shall extend to the service rendered by the Military Police to the population.

Palavras Chave: *transtornos psiquiátricos, crianças e adolescentes, estresse policial, estresse ocupacional, transtorno de estresse pós-traumático, violência.* **Key Words:** *psychiatric disorders, child and adolescent, violence, Police stress, post traumatic stress disorder.*



Ministério da Saúde

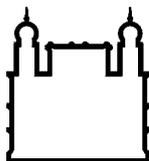
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Sumário

Página

Dedicatória-----	I
Agradecimentos-----	II
Resumo-----	III
Abstract-----	IV
Sumário-----	V
Lista de Tabelas e Figuras-----	VII
Lista de Siglas e Abreviaturas-----	VIII
Capítulo 1: Introdução-----	4
Objetivo Geral e Objetivos Específicos-----	13
Capítulo 2: Quadro Teórico-----	14
2.1- Transtornos Mentais em Crianças e Adolescentes-----	14
2.2- Atuação dos pais como policiais militares, estresse ocupacional e impactos na família.-----	19
2.3-Contexto familiar e comunitário e o impacto sobre a saúde mental de crianças e adolescentes.-----	24
Capítulo 3: Material e Métodos-----	30
3.1- Metodologia Quantitativa-----	33
Diagnóstico dos Transtornos Mentais nas Crianças e Adolescentes -----	33
Avaliação dos Contextos Familiar e Comunitário com Destaque Para as vivências de violências em casa, na escola e na comunidade:-----	36
3.2- Metodologia Qualitativa-----	37
Aspectos Éticos-----	42
Capítulo 4: Resultados-Abordagem Quantitativa-----	44
4.1- Dados Sócio-demográficos-----	44
4.2- Diagnósticos dos Transtornos Psiquiátricos nas Crianças e Adolescentes: -----	48
História Familiar de Transtornos Psiquiátricos-----	48
Vivência de Eventos Traumáticos pelos pacientes (K-SADS-PL)-----	51
Vivências de Violência Psicológica e Violência Doméstica, Comunitária e Urbana pelos adolescentes (Escala)-----	54
Diagnósticos de Transtornos Psiquiátricos-----	57
Comorbidades-----	59
Escala de Violência e Presença de Transtornos Psiquiátricos.-----	64
Vivência de Situações Traumáticas (K-SADS-PL) e Transtornos Psiquiátricos (Crianças e Adolescentes):-----	65
Capítulo 5: Resultados- Abordagem Qualitativa-----	68
5.1- Profissão de Risco -----	67
5.2- Profissão Violenta-----	79

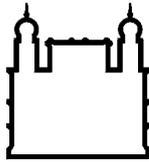


Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



5.3- Imagem, Corrupção, Honestidade e Mídia-----	82
5.4 -"Família Policial Militar"-----	84
5.5- Profissão e Comportamento em Casa-----	89
Capítulo 6 - Discussão sobre os resultados e considerações finais-----	94
6.1- Considerações sobre resultados quantitativos-----	94
6.2- Considerações sobre a análise qualitativa-----	97
6.3- Algumas Considerações Finais-----	105
Referências-----	112
Anexos:	
1- Questionários sobre renda, composição familiar, ocupação materna/paterna.(Sociodemográfico)-----	122
2-Roteiro de entrevistas com responsáveis por crianças e adolescentes.-----	126
3-Roteiro de entrevistas com os adolescentes (acima de 12 anos)-----	127
4-Escalas sobre vivência de Violências:	
4.1-Coisas que Vi e Ouvi.-----	128
4.2- Violência Psicológica-----	133
5- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.	
5.1-Termos de Consentimento Livre e Esclarecido-Responsável 1-----	136
5.2-Termos de Consentimento Livre e Esclarecido-Responsável 2-----	137
5.3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-Adolescente-----	138
6-K-SADS-PL (Kiddie-SADS-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children- Present and Lifetime Version) entrevista semi-estruturada para aferição de Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes	OBS.
OBS: ver Referências p. 115. Optamos por não acrescentar a entrevista como anexo devido à sua extensão. A mesma se encontra disponível <i>on line</i> : http://www.psychiatry.pitt.edu/research/tools-research/ksads-pl	



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

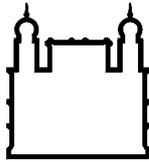


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Lista de Tabelas e Figuras

Página:

Tabela 1: Revisão de prontuários-2005 a 2009. -----	10
Tabela 2: Vivência de eventos Traumáticos e queixa de Dificuldade de Aprendizado.---	11
Tabela 3: Responsáveis por crianças entrevistados qualitativamente. -----	40
Tabela 4: Adolescentes entrevistados qualitativamente.-----	41
Tabela 5: Distribuição sócio-demográfica das crianças e adolescentes.-----	45
Tabela 6: Dados dos Policiais Militares (pais e/ou mães)-----	47
Tabela 7: História Familiar de Transtornos Psiquiátricos.-----	49
Tabela 8: Vivência de Situações de Violência e Eventos Traumáticos. -----	52
Tabela 9: Escala de Violência Psicológica por sexo. -----	55
Tabela 10: Violência Familiar e comunitária(Coisas que Vi e Ouvi), segundo o sexo.---	56
Tabela 11: Diagnósticos de Transtornos Psiquiátricos (K-SADS-PL). -----	58
Tabela 12: Transtornos Psiquiátricos Atuais e Prévios nos Meninos-----	60
Tabela 13: Transtornos Psiquiátricos Atuais e Prévios nas Meninas-----	62
Tabela 14: Escore elevado de Violência Psicológica, Familiar e Comunitária e Transtornos Diagnosticados-----	65
Tabela 15: Escore baixo de Violência Psicológica, Familiar e Comunitária e Transtornos Diagnosticados-----	65
Tabela 16: Escore Médio de Violência Psicológica, Familiar e Comunitária e Transtornos Diagnosticados-----	66
Tabela 17: Diagnósticos e outras situações traumáticas também vividas por crianças e adolescentes com história de Violência Doméstica. -----	67
Figuras:	
Figura 1: Comorbidades do TDAH em Meninos.-----	61
Figura 2: Comorbidades do TDAH em Meninas. -----	61
Figura 3: Comorbidade do TEPT em meninos. -----	63
Figura 4: Comorbidades do TEPT em meninas-----	64



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Lista de Siglas e Abreviaturas:

AA: Abuso de Álcool.

AF: Abuso Físico.

AS: Abuso Sexual.

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição Revisada.

FE: Fobia específica.

HCPM-RJ: Hospital Central da Polícia Militar- Rio de Janeiro.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

K- SADS-PL: Kiddie-Sads-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children- Present and Lifetime Version).

NT: notícia traumática.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PM: Polícia Militar/Policial Militar.

PMERJ: Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro.

RS: Risco de suicídio

TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada.

TAS: Transtorno de Ansiedade Social.

TASep: Transtorno de Ansiedade de Separação.

TBH: Transtorno Bipolar do Humor.

TC: Tratorno de Conduta.

TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDM: Transtorno Depressivo Maior.

TEA: Transtorno do Espectro do Autismo.

TEL: Transtorno Específico da Linguagem.

TEPT: Transtorno de Estresse Pós- traumático.

TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo.

TOD: Transtorno Opositivo Desafiador.

VD: Violência Doméstica.

VP: Violência Psicológica.

Capítulo 1 - INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto os Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes filhos de Policiais Militares do Estado do Rio de Janeiro. Buscou-se analisar tais transtornos nesta população, obter informações sobre o contexto familiar e comunitário das crianças e adolescentes, com destaque para aspectos relacionados à atividade profissional de seus pais, tentando conhecer possíveis interações entre estes fatores.

Segundo abordagens atuais, existem evidências claras de que as causas, o desenvolvimento e o prognóstico dos transtornos mentais são determinados pelas interações entre os fatores psicológicos, sociais e culturais com a bioquímica e a fisiologia¹.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4^a Edição Revisada (DSM-IV-TR), editado pela Academia Americana de Psiquiatria², transtornos mentais ou psiquiátricos são definidos como:

*síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que estão associados com sofrimento ou incapacitação, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade*³.

Os transtornos psiquiátricos na infância e adolescência desestruturam o desenvolvimento normal e podem impedir o indivíduo de atingir plenamente seu potencial⁴. A maioria dos transtornos psiquiátricos se inicia na infância e na adolescência e, assim como outras doenças iniciadas precocemente, são considerados pela Organização Mundial de Saúde como causadoras de grande impacto global⁵. Copeland et al. (2009) afirmam que mais de três quartos dos adultos jovens com transtornos psiquiátricos foram diagnosticados pela primeira vez entre 11 e 18 anos de idade⁶.

Estudos epidemiológicos sobre transtornos mentais em crianças e adolescentes identificaram padrões de distribuição dos mesmos e auxiliaram na identificação de

fatores que influenciam estes processos. Entre outros objetivos, estes estudos geraram conhecimento para embasar estratégias preventivas^{7,8}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, de 10 a 20% das crianças e adolescentes no mundo apresentam pelo menos um transtorno mental^{9,10}. No Brasil, foram observadas prevalências de 12,7% em crianças escolares de 7 a 14 anos, em amostra do Sudeste do país e de 10,8% em pré-adolescentes de 11 a 12 anos na região Sul^{11,12}. Nos países desenvolvidos geralmente são encontradas taxas levemente inferiores⁴.

Ao revisar estudos internacionais sobre fatores de risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes em países de baixa e média renda, Goodman et al. (2007) referiram encontrar mais semelhanças do que diferenças relativas aos fatores observados em países mais ricos. Estes autores estudaram prospectivamente o impacto destes fatores em crianças brasileiras e verificaram que vivenciar eventos adversos de vida como: luto, divórcio dos pais, estresse ou doença mental nos pais, mau funcionamento familiar e presenciar violência conjugal, constituíram fatores preditivos positivos para o desenvolvimento de transtornos mentais nesta população. Também foram associados à presença de psicopatologia em crianças e adolescentes: viver em áreas perigosas, viver em famílias não tradicionais, sofrer punição física severa por parte dos pais, más condições gerais de saúde e ser do sexo masculino¹³. Em diversos estudos o estresse ou a doença mental em pelo menos um dos pais são citados como fatores fortemente relacionados à presença de psicopatologia nos filhos¹⁴. São amplamente descritos fatores de risco relacionados à família, à escola, à comunidade e às situações traumáticas resultantes de acidentes, desastres ou violências¹⁵. No presente estudo foram considerados aspectos diversos da vida das crianças e adolescentes, incluindo aqueles possivelmente relacionados à atividade de policial militar dos pais.

Como foram encontrados poucos estudos referindo-se especificamente a este tema buscamos avaliar aqueles que abordassem relações familiares, saúde mental em pais e filhos, estresse ocupacional, estresse relacionado ao trabalho policial ou às situações de combate, o que gerou o texto introdutório e parte do quadro teórico descrito. Tais informações foram utilizadas para complementar a análise dos dados obtidos, juntamente com outras informações disponíveis na literatura sobre os diversos fatores de risco para desenvolvimento de psicopatologia em crianças e adolescentes.

A ocupação profissional dos pais é um aspecto importante a ser estudado, pois influencia sua saúde física e mental. Destaca-se a atividade policial, considerada como

uma das ocupações mais estressantes por autores como ^{16,17,18,19,20,21}. Estes autores afirmam que a exposição a situações traumáticas, a existência de risco inerente à profissão, a imprevisibilidade do trabalho, o uso de armas, o treinamento para uso da força, a cultura institucional, entre outros fatores, predispõem os policiais a desenvolverem alterações e patologias decorrentes do estresse, incluindo problemas digestivos, doenças cardiovasculares, alcoolismo, violência doméstica, transtorno de estresse pós-traumático, depressão e suicídio.

Minayo et al. (2008), em estudo sobre as condições de trabalho dos policiais civis e militares no Rio de Janeiro, constataram que 33,6% dos policiais militares avaliados apresentavam sofrimento psíquico significativo. No total dos policiais, 53,7% informaram dormir mal, 47% sentiram-se nervosos ou agitados, 39% sentiram-se tristes, 25,6% referiram assustarem-se com facilidade, 13,6% chorarem mais do que o costume e 9% sentiram-se inúteis. Aproximadamente 11% dos policiais militares bebiam diariamente e 5% vinham tendo ideia de se matar. O consumo de medicamentos tranquilizantes foi verificado como 6 vezes maior quando comparado à população geral. Problemas com a família foram referidos por 11,7% dos policiais militares, agressividade por 9,7%, problemas emocionais (“crise nervosa”) por 8,8% e problemas de saúde por 8,1% ²².

Minayo et al. (2008) descrevem ainda as condições específicas destes profissionais, que estão de acordo com o que a literatura mundial relaciona como fatores geradores de estresse em policiais, como: exposição elevada ao risco dentro e fora do trabalho, alto estresse institucional, pouco reconhecimento pelo trabalho, baixos salários, más condições de moradia, baixa escolaridade, entre outros aspectos^{22,23}. As características históricas e socioeconômicas brasileiras e do Estado do Rio de Janeiro também precisam ser levadas em conta como fatores fundamentais para se compreender as difíceis condições laborais existentes.

Estudos que avaliam o impacto do estresse ocupacional paterno sobre as relações conjugais e entre pais e filhos são menos comuns do que os que avaliam o impacto do trabalho materno, mas também indicam que a combinação de fatores como: ambientes de trabalho com reduzido suporte institucional, pouca autonomia e tipo de trabalho relacionado ao cuidar (e.g.: enfermeiros, policiais), combinados a outros riscos sociodemográficos (e.g.: baixa renda familiar), estão associados com reduzida qualidade da relação com os filhos²⁴. Ao estudar especificamente o impacto do estresse ocupacional e da exaustão física relacionados ao trabalho policial sobre a relação

conjugal, Roberts & Levenson (2001) observaram que os policiais da amostra avaliada levaram o estresse do trabalho para casa, influenciando a interação com suas esposas ²⁵.

Além de questões relacionadas ao estresse ocupacional, como *burnout*¹ e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)², que sabidamente geram sintomas como: isolamento, embotamento afetivo, irritabilidade e maior tendência ao uso abusivo de álcool; outros fatores foram citados como relacionados ao impacto sobre as relações familiares e sobre as famílias de policiais, entre eles: (1) a cultura de isolamento social, geralmente relacionado a aspectos do trabalho que geram diferenças entre os policiais e os “civis”, acarretando dificuldades de relacionamento com pessoas ou famílias que não compartilhem da mesma atividade profissional; (2) comportamento autoritário, relacionado à necessidade de manter o controle em suas obrigações profissionais (aspecto continuamente reforçado nos treinamentos) e que pode ser percebido pelos familiares como comportamento ameaçador ou agressivo, potencializado pelo conhecimento de todos na família sobre a presença de arma de fogo em casa ²⁶.

Entre os anos de 2000 e 2004, 4.518 policiais militares foram mortos e feridos por diversas causas no Rio de Janeiro. No ano de 2004, 67,1% das causas foram ações violentas e, dos 758 policiais mortos, apenas 173 estavam em serviço. No município do Rio de Janeiro em 2004 a taxa de mortalidade por homicídio na população masculina foi de 89,3/100.000, enquanto que entre os policiais militares a taxa atingiu 292/100.000. As taxas de internações hospitalares por agressões na população geral corresponderam a 0,25/1.000 enquanto para policiais chegaram a 13,19/1.000 habitantes ^{22,27}.

A morte ou doença em um dos pais são fatores reconhecidos como muito estressantes para a criança e o adolescente, gerando impacto no desenvolvimento físico e mental, não só pelo impacto direto da perda/sofrimento, como pelos efeitos secundários sobre outros familiares, sobre a organização e sobre a renda da família ^{13,30}.

Apesar das evidências na literatura sobre o estresse policial, da elevada morbimortalidade destes profissionais em decorrência de sua atividade e de afirmações

¹*Burnout*: pode ser definido como síndrome constituída por exaustão emocional, despersonalização e redução da autopercepção de eficácia relacionada às demandas do trabalho. Geralmente relacionado a estressores emocionais e interpessoais crônicos provenientes do trabalho ^{28,29}.

²TEPT: transtorno psiquiátrico que surge após exposição a evento traumático ameaçador da vida da pessoa ou de terceiros, caracterizado por sintomas em que a pessoa revive o evento traumático, tem sintomas de esquiva de pensamentos ou situações relacionados ao evento e excitabilidade aumentada, com insônia, hipervigilância, irritabilidade, entre outros. (APA,2000)

sobre a maior prevalência de violência doméstica e de divórcio em famílias de policiais militares, são poucos os estudos dedicados a compreender o impacto destes fatores sobre as famílias^{31,32,33}.

De acordo com os dados obtidos na literatura sobre as características do trabalho policial e do impacto deste tipo de ocupação sobre as famílias, abre-se um campo de estudo voltado para ampliar a compreensão sobre a exposição dos filhos de policiais a fatores de risco decorrentes da ocupação do(a) genitor(a), que possam afetar o seu desenvolvimento.

Uma primeira revisão da literatura feita para esta dissertação não encontrou estudo que aborde diretamente esta questão. São publicados mais estudos sobre famílias e filhos de militares das forças armadas, que se relacionam a mudanças frequentes de cidade, a ausências frequentes e prolongadas dos pais ou mães para treinamentos ou missões. Estes trabalhos também abordam o tema da violência doméstica, o abuso de substâncias, os ferimentos e a morte em combate³⁴. Porém deixam de lado características específicas do trabalho de policiais, como: a exposição diária ao risco, o retorno ao ambiente familiar logo após a exposição às situações traumáticas, o local de moradia em comunidades semelhantes àquelas onde atuam (com altos índices de violência urbana e risco mantido, tanto para si quanto para os familiares, mesmo em momentos de folga), os baixos salários e o pouco reconhecimento do trabalho policial pela sociedade, entre tantos outros.

Alguns dados sobre a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) e sobre possibilidades de atendimento para os filhos dos policiais que apresentem transtornos mentais são apresentados a seguir, visando fundamentar o estudo realizado nesta dissertação. Em 2007, a PMERJ possuía um efetivo de aproximadamente 37.000 policiais³⁵. Estima-se que a população potencialmente atendida pelo sistema de saúde da PMERJ naquele ano seria de 180.000 pessoas em todo o estado. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), aproximadamente 25% da população no estado do Rio de Janeiro tem entre 0 e 17 anos³⁶. Considerando-se esta proporção, pode-se calcular que existiriam 45.000 crianças e adolescentes, filhos ou dependentes diretos dos policiais militares, como potenciais usuários dos serviços de saúde oferecidos pela Polícia Militar em todo o Estado.

A autora do presente estudo, única responsável pelo atendimento em Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Central da Polícia Militar, iniciado

gradativamente a partir do ano de 2005, em revisão de prontuários realizada para reavaliar os atendimentos e verificar demandas do próprio serviço, obteve dados detalhados de 88 prontuários consultados em ordem alfabética, cujo único critério de exclusão foi não ter comparecido a consultas suficientes para a conclusão de hipótese diagnóstica. Os prontuários foram revisados entre fevereiro e abril de 2010 e se referiam a pacientes atendidos entre 2005 e 2009, correspondendo a aproximadamente 70% dos pacientes em acompanhamento no período da revisão (dados não publicados).

Os diagnósticos foram realizados tendo como base os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000) a partir de avaliação clínica, exame psíquico e de dados obtidos através de anamnese com os pais e com os próprios pacientes, relatórios escolares, laudos de acompanhamento psicológico, psicopedagógico, fonoaudiológico, entre outros. Nesta amostra (88 crianças e adolescentes) foi verificado que aproximadamente 31% apresentavam transtornos depressivos ou ansiosos. Em 27% dos casos foi identificado risco de suicídio (ideação ou comportamento suicida) e, nestes casos, 70% das mães e/ou pais referiram psicopatologia, representada por transtornos depressivo-ansiosos nas mães e por transtornos depressivos e de abuso de substâncias nos pais.

Dos 57 prontuários de meninos revisados, 38,6% (n = 22) apresentavam o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (TDM) pelo CID X, destes, 40,9% (n = 9) apresentavam comorbidade com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ou Transtorno Opositivo Desafiador. O Transtorno Bipolar do Humor foi diagnosticado em 8 meninos (14%). Destes, 5 apresentavam comorbidade com outro transtorno: 2 com transtorno disruptivo, 1 com transtorno ansioso, 1 com epilepsia e 1 com transtorno de tique complexo. Dos 31 prontuários de meninas revisados, verificou-se a presença de Transtornos do Humor em 42% dos casos (n = 13), sendo 22,5% (n = 7) de Transtorno Bipolar do Humor (TBH), 19,3% (n = 6) de Transtorno Depressivo Maior. Nos casos de TDM, 40% tinham comorbidade com outros transtornos, enquanto no TBH a frequência de comorbidade foi de 85%. Vale destacar que há em torno de três anos de evolução dos transtornos antes do atendimento ser realizado no HCPM-RJ (intervalo entre início de sintomas e início de atendimento), sendo que para os meninos este tempo é maior do que para as meninas.

Entre os meninos, 47,5% (n = 27) foram expostos a um ou mais Eventos Traumáticos Graves (ETG); neste grupo, 55,5% (15) apresentaram diagnóstico de Transtorno Depressivo (TD), 14,8% (n = 4) de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), 14,8% (n = 4) de Transtorno de Ajustamento, 18,5% (n = 5) de Transtorno do

Aprendizado da Leitura, 18,5% (n = 5) de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH), 7,4% (n = 2) de Transtorno Desafiador de Oposição (TDO).

Tabela 1. Revisão de prontuários, 2005-2009. **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ.**

	Meninos (N = 57; 64,7%)	Meninas (N = 31; 35,3%)	Total/Média (N = 88; 100%)
Início Sintomas (IS) (média em anos)	5,5	7,0	6,2
(variação)	0 a 15	-	-
Início Atendimento (IA) (média em anos)	8,8	9,1	9,0
(variação)	1 a 15	-	-
Diferença de IA-IS	3,4	2,1	2,8
Psicopatologia Materna (N; %)	16; 28%	14; 45%	30; 36,5%
Psicopatologia Paterna (N; %)	10; 17,5%	7; 22,5%	17; 19,3%
Violência Familiar (N; %)*	13; 22,8%	6; 22,5%	20; 22,7%
ETG (N; %)*	27; 47,4%	15; 48%	42; 47,7%
<u>Diagnósticos</u>			
TDM ¹ (N; %)	22; 38,6%	6; 19,3%	28; 31,8%
TBH ² (N; %)	8; 14%	7; 22,5%	15; 17%
Risco de suicídio ³ (N; %)	16; 28%	8; 25,8%	24; 27,3%
TDAH ⁴ (N; %)	18; 31%	5; 16%	23; 26,1%
TOD ⁵ (N; %)	7; 12%	2; 6,5%	9; 10,2%

1- Transtorno Depressivo Maior, 2- Transtorno Bipolar do Humor, 3-Ideação ou comportamento suicida, 4- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 5- Transtorno Opositivo Desafiador.

* Conflitos e agressões físicas entre os pais presenciados pelas crianças;

** Eventos Traumáticos Graves (ETG): presenciar ou ser vítima de violência urbana como assaltos, tiroteios, presenciar assassinato, ser vítima de abuso sexual, ter tido o pai, a mãe ou

outra pessoa próxima, vítima de violência com grave ameaça da vida, ou ter tido pai vítima de homicídio, ter presenciado agressão física entre os pais, entre outros.

Foram considerados Eventos Traumáticos Graves (ETG): presenciar ou ser vítima de violência urbana como assaltos, tiroteios, presenciar assassinato, ser vítima de abuso sexual, ter tido o pai, a mãe ou outra pessoa próxima vítima de violência com grave ameaça da vida, ou ter tido pai vítima de homicídio, ter presenciado agressão física entre os pais, entre outros. Entre os casos de exposição às situações traumáticas 80% delas estavam associadas a situações de violência familiar, aqui representada pelos conflitos físicos e agressões entre pai e mãe presenciados pelos filhos, que estavam presentes em 22,8% dos casos, entre os meninos, e 22,5% dos casos entre as meninas.

Na Tabela 2 pode-se verificar a presença de eventos traumáticos em relação aos problemas na aprendizagem.

Tabela 2. Vivência de eventos Traumáticos e queixa de Dificuldade de Aprendizado. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2005-2009.

		Dificuldade de Aprendizado		
		Sim	Não	Total
ETG	Sim	18 (50,0%)	18 (50,0%)	36 (52,9%)
	Não	9 (28,1%)	23 (71,9%)	32 (47,1%)
	Total	27 (39,7%)	41 (60,3%)	68 (100,0%)

A queixa de dificuldade de aprendizado foi referida em 30% dos casos, excluídos aqueles em que o transtorno se caracterizava por déficit cognitivo. Dos 36 pacientes expostos a traumas (já excluídos aqueles portadores de retardo mental e de transtornos do desenvolvimento), metade apresentava queixa de dificuldade de aprendizado, contra 9 sem exposição a eventos traumáticos graves, o que corresponde a chance maior de problemas de aprendizagem dentre aqueles expostos aos traumas (78%), se comparados aos não expostos.

A prevalência elevada destas alterações na amostra avaliada no HCPM-RJ pode estar associada ao fato de tratar-se de amostra clínica, com crianças já referidas ao ambulatório de psiquiatria e de algumas crianças e adolescentes que permaneceram em acompanhamento de longo prazo, o que permitiu o diagnóstico de novas manifestações clínicas que alteraram o diagnóstico inicial (e.g.: episódio de mania em paciente com diagnóstico inicial de transtorno depressivo, diagnóstico evolutivo de transtorno

bipolar). Também contribuem as muitas adversidades vivenciadas pelas crianças; algumas delas possivelmente relacionadas à atividade profissional dos pais e ao perfil dos genitores. Neste sentido, no levantamento realizado, constatou-se que aproximadamente 34% das mães e 19% dos pais tinham história de transtorno psiquiátrico passado ou presente. Entre as mães o transtorno mais citado foi o depressivo, seguido dos transtornos ansiosos. Entre os pais a depressão também foi citada com maior frequência, seguida de abuso de álcool e substâncias. Faz-se a ressalva de que estes dados são limitados, já que foram informados na maioria das vezes pelas mães, sem realização de anamnese ou de instrumento diagnóstico.

Observamos quadros psiquiátricos graves e de início precoce. Estes fatos podem ter várias explicações, entre elas: o aumento da disponibilidade de atendimento, a dificuldade de atendimento pela especialidade nas redes pública e privada e o acesso mais recente de pediatras e profissionais de saúde em geral, ao conhecimento de que as crianças e adolescentes também são acometidos por transtornos psiquiátricos e que demandam atenção e tratamento especializados. A exposição comum das crianças e adolescentes aos fatores de risco para os transtornos mentais, em função da atividade profissional de seus pais e dos contextos social e comunitário que circundam a vida familiar, coopera para a chegada da clientela ao serviço.

Estudo clássico demonstrou que a exposição a um único fator de risco para psicopatologia na infância e adolescência não está relacionado a risco aumentado de desenvolver transtorno psiquiátrico, porém a exposição a dois fatores de risco aumentou este em quatro vezes e a presença de quatro fatores de risco aumentou o risco de transtorno psiquiátrico em dez vezes³⁷.

Ao nos aproximarmos de questões relacionadas a transtornos psiquiátricos em filhos de policiais militares, dentro do contexto já descrito internacionalmente e, também, especificamente no da Polícia Militar do Rio de Janeiro, temos como **pressuposto** que seu desenvolvimento nos filhos seria influenciado por diversos fatores, como: estresse ocupacional (decorrente de questões institucionais e da exposição frequente aos riscos inerentes ao trabalho, em região com níveis elevados de violência e da elevada morbimortalidade dos policiais), elevada tensão familiar vivenciada de forma direta (na família ou no local em que vivem) ou indireta (por exemplo, quando expostos a notícias sobre ferimento e morte de outros policiais) e elevado sofrimento psíquico dos pais. Destacam-se ainda a exposição às violências urbana e intrafamiliar.

Não se ignoram os fatores biológicos e genéticos como integrantes da etiologia dos transtornos mentais, porém eles não são foco da presente dissertação.

Neste sentido, para avaliar a presença de transtornos mentais apresentados por crianças e adolescentes filhos de policiais militares do Estado do Rio de Janeiro e sua relação com situações de violência presentes no trabalho dos pais, na família e na comunidade em que vivem, apresentamos os objetivos listados a seguir.

OBJETIVO GERAL

Avaliar os transtornos psiquiátricos apresentados por crianças e adolescentes, filhos de policiais militares, atendidos no Hospital Central da Polícia Militar – HCPM/RJ.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar os tipos de transtornos mentais das crianças e adolescentes encaminhados ao ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência do HCPM/RJ.
- Investigar o contexto familiar e comunitário em que vivem as crianças e adolescentes, destacando a convivência com situações de violência nestes espaços sociais.
- Analisar a visão dos filhos de policiais militares sobre a atividade profissional de seus pais e sobre as possíveis influências desta sobre sua família e sobre si mesmos.

Partindo da experiência dos atendimentos no ambulatório de psiquiatria infantil do HCPM-RJ e levando em consideração as questões surgidas quanto à possível influência de características do trabalho dos pais e de questões relacionadas à vivência de violências, procuramos na literatura dados e conceitos relacionados e o resultado desta revisão será descrito no capítulo a seguir, destinado à fundamentação teórica. Não se trata de revisão sistemática com pretensão de esgotamento do tema e sim da aproximação com experiências semelhantes e conceitos que facilitem a compreensão das observações feitas em nosso estudo.

Em seguida ao Quadro Teórico (Cap. 2) descrevemos a metodologia utilizada (Cap. 3-Material e Métodos), cujo conteúdo subdivide-se em metodologia quantitativa e qualitativa. Os resultados estão descritos em dois capítulos: o quatro, referente aos dados quantitativos e o cinco, referente aos qualitativos. Finalmente, o capítulo 6 destina-se à discussão e às considerações finais.

Capítulo 2- QUADRO TEÓRICO

O embasamento teórico deste estudo está centrado em três temas: 1) transtornos mentais em crianças e adolescentes; 2) atividade profissional dos pais e sua influência sobre a família e o desenvolvimento dos filhos; e 3) contexto familiar e comunitário, destacando vivências de situações de violência e sua importância sobre a saúde mental das crianças e adolescentes.

2.1- Transtornos mentais em crianças e adolescentes:

O diagnóstico de transtornos mentais em crianças e adolescentes constitui um desafio. Devem ser seguidos os critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças, que está na sua décima edição – CID X³⁸ – e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Academia Americana de Psiquiatria, que está na sua IV edição revisada – DSM-IV-TR². O uso dos sistemas de classificação exige treinamento e tem se tornado progressivamente mais complexo, porém é sabido que o uso de sistemas simplistas não atenderia à complexidade dos quadros observados³⁹.

Os diagnósticos em crianças e adolescentes são frequentemente complexos, dependendo de informações de múltiplas fontes (família, escola, terapeutas e o próprio paciente). As diferentes fases do desenvolvimento devem ser consideradas, já que algumas características podem ser avaliadas como normais em algumas fases e não em outras. É frequente a ocorrência simultânea (comorbidade) de mais de um transtorno em uma mesma criança^{40,41,42}. Descreveremos a seguir características principais dos transtornos mais comumente diagnosticados em crianças e adolescentes, sem a pretensão de realizar revisão completa sobre o tema. Os transtornos e características não citados aqui e que vierem a se mostrar relevantes serão descritos ao longo do trabalho de discussão dos dados obtidos.

A prevalência estimada de *transtornos depressivos* em crianças é de 1 a 2% e de 3 a 8% em adolescentes, com prevalência ao longo da vida de 20%, no final da adolescência⁴³. Em estudo populacional nos Estados Unidos, os transtornos de ansiedade estavam presentes em 2,4% e os depressivos em 2,2% em crianças e adolescentes entre 9 e 16 anos⁴⁴. Ford et al. (2003) observaram presença de transtornos ansiosos em aproximadamente 3% das crianças entre 5 e 10 anos e de 4 a 5% entre 11 e 15 anos na Inglaterra⁴. No Brasil, com metodologia semelhante à utilizada no estudo inglês, observou-se a presença de transtornos ansiosos em 5,2% da amostra e de depressivos em 1,0% em crianças e adolescentes de 7 a 14 anos¹¹.

Em pesquisa realizada em 2005 com 500 crianças de 6 a 13 anos, matriculadas em escolas públicas e particulares de São Gonçalo, Rio de Janeiro, foi constatado que 10,4% (7% sintomas clínicos e 3,4% limítrofes) das crianças apresentavam sintomas depressivos a nível clínico ou limítrofe, com necessidade de atenção especial da família, da escola e de profissionais de saúde⁴⁵. Em diferentes partes do mundo a prevalência de depressão clínica é descrita como presente entre 0,4% a 2,5% na infância e 0,4 a 8,3% na adolescência. É elevada a incidência de recorrência com diagnóstico de outro episódio em 5 anos, que pode atingir até 70% dos pacientes⁴³. Na amostra de São Gonçalo 74% das crianças com sintomas depressivos tinham comorbidade, especialmente com sintomas somáticos (e.g.: cefaleia, náusea), sintomas ansiosos, problemas de conduta e desatenção⁴⁵.

Segundo os critérios da DSM-IV-TR² e da CID X³⁸, a **depressão infantil** é entendida como humor deprimido ou tristeza persistente, anedonia ou perda de prazer que não melhoram mesmo em atividades que usualmente trariam alívio. Na criança a irritabilidade pode substituir o humor deprimido. Estão associados também alterações do apetite, perda de peso, retraimento social, alterações do sono e do pensamento, chegando até a ideação suicida, com risco e tentativas de suicídio. A principal característica que diferencia os sintomas depressivos dos “altos e baixos” normais da infância e adolescência é o prejuízo funcional, que pode ser observado em diversas áreas, como através das dificuldades de socialização e de aprendizado e por não atingir os marcos esperados de desenvolvimento^{43,45}. Os **transtornos depressivos** podem ser descritos de forma simplificada como: 1) transtorno de ajustamento com sintomas depressivos leves e auto limitados, em resposta a um estressor identificado; 2) depressão sem outra especificação (SOE), que corresponde à condição subsindrômica na qual ocorre humor deprimido, anedonia ou irritabilidade e, no máximo, três sintomas de depressão maior; 3) distímia, que se caracteriza por menos sintomas do que a depressão maior mas com duração de, no mínimo, um ano; 4) depressão maior, que consiste em humor triste ou irritado ou anedonia associados a, no mínimo, cinco outros sintomas, tais como: isolamento social, sentimentos de menos valia, culpa, ideação suicida, alterações do sono e do apetite^{2,43}.

Além dos transtornos depressivos, o **transtorno bipolar do humor** também acomete crianças e seu diagnóstico na faixa etária pediátrica tem sido motivo de estudos, tanto por ser relativamente novo, quanto pela necessidade de melhor entendimento da variação dos sintomas de acordo com a fase de desenvolvimento delas

e dos adolescentes. Caracteriza-se pela ocorrência de sintomas depressivos, irritabilidade, sintomas hipomaníacos e maníacos, com duração, periodicidade e intensidade variáveis. A prevalência de Transtorno Bipolar na Infância é controversa devido à dificuldade da definição diagnóstica e varia de 1 a 2% em estudos populacionais. Em amostras clínicas variou de 0,6 a 15%, dependendo dos critérios e metodologia utilizados⁴⁷.

Os *transtornos ansiosos* estão entre os mais prevalentes, de início mais precoce e que mais frequentemente estão associados a outros transtornos (comórbidos). Em estudos com adultos americanos a prevalência dos transtornos ansiosos ao longo da vida foi estimada em 28,8%, com idade média de início aos 11 anos⁸. Em crianças e adolescentes a prevalência varia entre 4 e 20%⁴⁸. No Brasil, em amostra populacional, a prevalência foi de 5,2% para qualquer dos transtornos ansiosos entre 7 e 14 anos¹¹. Com exceção do Transtorno de Ansiedade de Separação, classificado como “Transtorno Geralmente Diagnosticado na Infância ou Adolescência”, o diagnóstico de transtornos ansiosos na infância segue os critérios utilizados para adultos.

Estão associados com prejuízo funcional global na criança, comprometendo as relações sociais, a auto-estima e o aprendizado, com forte associação com transtornos ansiosos na vida adulta e com outros transtornos psiquiátricos (e.g.: depressão)⁴⁸. Os diagnósticos possíveis são: transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático, fobias específicas e transtorno do pânico^{2,48}.

O *Transtorno de Ansiedade de Separação* é caracterizado por ansiedade excessiva relacionada a afastar-se de casa ou das principais figuras de vínculo e que está além daquela esperada para a etapa do desenvolvimento. As crianças geralmente expressam medo de não voltar a ver as pessoas de vínculo, apresentam necessidade frequente de saber seu paradeiro, chegam a evitar a ida à escola ou a outros locais sem a companhia destas pessoas e chegam a não conseguir ficar sozinhas em cômodos da casa. Os sintomas devem durar, pelo menos, 4 semanas. A prevalência é de 4% em crianças e adolescentes jovens².

O *Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)* e o *Transtorno de Estresse Agudo* pertencem à categoria de Transtornos de Ansiedade, pelo DSM-IV-TR². Ambos se caracterizam pelo surgimento dos sintomas após a exposição a um evento traumático. Para ser considerado TEPT os sintomas devem ter duração de mais de 4 semanas e estão relacionados a reviver o trauma (e.g.: sonhos, brincadeiras com o tema, *flashbacks*), a

esquivar-se persistentemente de pensamentos e situações referentes ao trauma (e.g.: evitar locais, pessoas e sentimentos, sensação de distanciamento das outras pessoas) além de sintomas de hiperexcitabilidade (e.g.: hipervigilância, insônia, irritabilidade).

Sheeringa et al. (2008) propuseram critérios diferenciados para o diagnóstico de TEPT em crianças na fase pré-escolar, referindo que nesta faixa etária os episódios em que as crianças revivem o trauma não são necessariamente de caráter estressante (e.g.: sonhos ou brincadeiras), que a redução de interesse em atividades significativas seria representada principalmente pela redução do interesse em brincar, que a sensação de estranhamento ou embotamento corresponderia a isolamento social e que seria necessário preencher apenas 1 dos 3 critérios de evitação ou embotamento. Finalmente, que a irritabilidade e as crises de raiva corresponderiam a crises de birra excessivas. Ainda outros sintomas podem surgir de forma diferenciada na criança: a resposta de medo intenso ou horror pode manifestar-se por comportamento desorganizado ou agitado e a ideia de futuro abreviado pode se expressar como a sensação da criança de que não chegará à idade adulta ^{49,50}.

De acordo com o DSM-IV-TR² os transtornos contidos na seção específica para aqueles “**Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência**” incluem o Retardo Mental, os Transtornos de Aprendizagem (e.g.: transtorno da leitura), os Transtornos das Habilidades Motoras, Transtornos da Comunicação (e.g.: transtorno da linguagem expressiva), Transtornos Globais do Desenvolvimento (e.g.: autismo), Transtornos de Déficit de Atenção e Disruptivos (e.g.: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade), Transtornos de Alimentação, Transtornos de Tiques, de Eliminação, entre outros. Tais transtornos devem ser incluídos em nova categoria denominada Transtornos do Neurodesenvolvimento na nova versão do DSM, prevista para 2013⁵¹.

A prevalência do *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (TDAH) varia de aproximadamente 3 a 12%, sendo considerada como em torno de 5,5% em diferentes culturas ^{52,53}. Em amostra populacional de crianças e adolescentes de 7 a 14 anos no sudeste do Brasil foi de 1,8%¹¹. No estudo nacional inglês, utilizando metodologia semelhante, Ford et al. (2003) encontraram prevalência de TDAH de 1,9 a 2,5% entre 5 e 10 anos e de 2,1% a 2,5% entre 11 e 15 anos; nesta amostra mais de 50% das crianças e adolescentes com TDAH apresentavam outro transtorno de comportamento comórbido ⁴. Em estudo de acompanhamento de crianças e adolescentes entre 9 e 16 anos a prevalência cumulativa preditiva aos 16 anos (representa a

acumulação de novos casos em crianças previamente não afetadas) foi de 4,1% para TDAH, 11,3% para Transtorno Desafiador de Oposição e 9% para Transtorno de Conduta⁶.

O TDAH se caracteriza por sintomas significativos e persistentes de desatenção, dificuldade de concentração, hiperatividade e impulsividade que causam prejuízo do funcionamento do paciente em mais de um cenário (e.g.: casa e escola). Está associado a desempenho acadêmico inferior ao esperado⁵⁴. São descritas elevadas taxas de comorbidade com Transtorno Desafiador de Oposição (35 a 65%) e Transtorno de Conduta (20 a 50%)⁴². A comorbidade do TDAH com outros transtornos vem sendo descrita como elevada. Em amostras clínicas verificou-se a associação de TDAH com Transtorno Bipolar do Humor em 28 a 97%⁵³. Transtornos de ansiedade foram observados em aproximadamente 30% das crianças com TDAH, transtornos depressivos em 15 a 75%, transtornos de abuso de álcool e substâncias entre 10 a 30%. A associação com um ou mais transtornos geralmente leva a maior prejuízo funcional e exige modificações na estratégia de tratamento⁴².

O *Transtorno Desafiador de Oposição* (TOD) é caracterizado por padrão recorrente de comportamento desafiador, negativista, desobediente e hostil direcionado a figuras de autoridade, deve ter a duração de pelo menos seis meses e os sintomas devem ocorrer com frequência maior do que a esperada para a etapa do desenvolvimento. Os comportamentos geralmente se refletem como teimosia persistente, resistência em conciliar ou negociar com adultos ou com seus pares, desacatar ordens ou não assumir responsabilidade pelos próprios erros, irritar-se com facilidade, ser ressentido, rancoroso ou vingativo. Estes comportamentos são mais comumente vistos no ambiente familiar ou com pessoas próximas. A prevalência do TOD varia entre 2 e 16%, dependendo do tipo de amostra e da metodologia utilizada². Em estudo para verificar quais transtornos psiquiátricos na infância e adolescência estariam relacionados a transtornos mentais na vida adulta, Copeland et al. (2009) observaram que a ocorrência de TOD estaria relacionada a transtornos depressivos e ansiosos no adulto, que poderiam estar relacionados a consequências da irritabilidade e das dificuldades interpessoais⁶.

O *Transtorno de Conduta* (TC) se caracteriza por padrão persistente e repetitivo de comportamentos nos quais são violados os direitos de terceiros ou as normas sociais importantes, de acordo com a idade. Os comportamentos incluem agressões e lesões a pessoas ou animais, condutas que levam a perda ou danos ao patrimônio, furtos ou

violações sérias de regras (e.g.: fugas de casa), com prejuízo importante do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. Em geral, os comportamentos estão presentes em mais de um contexto (e.g.: casa e comunidade). Estudos populacionais referem prevalências que variam de 1 a 10%. Geralmente está associado ao maior consumo de álcool e drogas e ao início precoce da atividade sexual, além de outras condutas de risco².

2.2 – Atuação dos pais como policiais militares, estresse ocupacional e impactos na família:

Conforme citado na introdução deste texto, a profissão de policial militar é considerada como uma das mais estressantes, relacionada a situações como: depressão, abuso de álcool e drogas, *burnout*, transtorno de estresse pós-traumático, suicídio, problemas físicos (e.g.: gástricos e cardiovasculares), violência familiar, alterações das relações familiares, divórcio, ferimentos e morte por agressão, dentro e fora do trabalho^{16,17,18,19,20}. Estes fatores são consistentemente citados na literatura como associados ao desenvolvimento de psicopatologia em crianças e adolescentes.

A maioria dos transtornos psiquiátricos que afeta a figura paterna está associada com risco aumentado de dificuldades comportamentais e emocionais em seus filhos de forma semelhante àquela observada para os transtornos maternos. Alguns dados sugerem que os transtornos comportamentais são os que mais se relacionariam à presença de transtornos psiquiátricos paternos e que, nestes casos, os meninos estariam em maior risco do que as meninas¹⁴. As diferentes configurações de fatores de risco e a co-ocorrência de fatores de risco psicossocial têm associações específicas com transtornos psiquiátricos.

Alguns fatores associados com alto risco para desenvolvimento de psicopatologia nos filhos pertencem ao domínio das relações familiares disfuncionais (conflitos pai/mãe-criança, problemas entre os pais) e características dos pais (presença de transtorno mental e criminalidade). Em estudo unindo amostras de 2 grandes estudos populacionais, com o total de aproximadamente 2.500 crianças e adolescentes de 9 a 17 anos, aqueles sujeitos expostos aos fatores de alto risco supracitados apresentaram maior incidência de transtornos disruptivos e de transtornos emocionais e de ambos os tipos em comorbidade, mesmo quando controlados com outros sujeitos expostos a números semelhantes de fatores de risco, porém não classificados como de alto risco (e.g.: risco moderado: família monoparental ou baixa escolaridade)⁶.

No estudo de Maggi et al. (2008), que observou 19.833 filhos de serralheiros no Canadá, o estresse paterno no trabalho foi relacionado à maior prevalência de ansiedade e depressão nos filhos na infância, na adolescência, na juventude e na vida adulta e de abuso de álcool e substâncias na juventude e vida adulta⁵⁵.

A falta de suporte institucional e de apoio nas relações de trabalho em geral, tanto de colegas quanto de supervisores, incluindo características como rigidez nos horários de trabalho, foi associada à maior frequência de conflitos família-trabalho e trabalho-família, tanto para homens quanto para mulheres⁵⁶. Pais expostos a tais condições de trabalho demonstraram menos atitudes positivas e mais atitudes negativas nos cuidados com seus filhos em idade escolar²⁴.

O trabalho policial é considerado como uma ocupação relacionada ao cuidar, envolve atividades como atender ao público, incluindo ajudar doentes e lidar com pessoas agressivas e com raiva. As teorias relativas ao estresse ocupacional nas atividades relacionadas ao cuidar sugerem que pode haver uma redução dos recursos pessoais destes profissionais quando necessitam dedicar-se aos seus filhos, resultando em interações menos sensíveis e comprometidas²⁴. Estudos revelaram que situações de estresse ocupacional em policiais, de forma mais importante a síndrome de *burnout*, estariam relacionadas à redução da qualidade das interações conjugais e na incidência elevada de violência doméstica^{25,57}.

A prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em policiais é estimada entre 7 a 19%⁵⁸. Em estudo avaliando 157 policiais militares da unidade de elite do Estado de Goiás, Maia et al. (2007) verificaram que 8,9% preenchem os critérios para Transtorno de Estresse Pós Traumático e 16% apenas parcialmente. Comparados ao grupo sem qualquer sintoma, aqueles que apresentavam a forma completa (8,9%) tinham cinco vezes mais chance de estarem divorciados, tinham maior sensação de saúde física ruim, procuraram duas vezes mais consultas médicas e referiram ideação suicida mais frequentemente (35,7% vs 5.2%, $p = 0.002$)²¹.

Shucard et al. (2012) verificaram que policiais com sintomas de TEPT apresentavam maior reação autonômica a figuras com imagens negativas e comparativamente volumes reduzidos de estruturas cerebrais (amígdala, tálamo e globo pálido). Observaram também que a frequência de exposição a situações traumáticas estava relacionada às medidas de atrofia estrutural, obtidas através de ressonância magnética do encéfalo, sugerindo que a re-experimentação crônica de eventos traumáticos pode resultar em reduções volumétricas de estruturas cerebrais associadas

com o aumento da reação autonômica e a aquisição de medo condicionado. Tais achados sobre alterações estruturais podem auxiliar na compreensão da cronicidade e gravidade das repercussões do TEPT sobre os policiais e seus familiares⁵⁹.

Diversos estudos relacionaram o TEPT com: redução da satisfação em serem pais, maior violência familiar e menor coesão na família. Estudo observou que ter um pai com TEPT (soldados australianos/Vietnã) associou-se a menor capacidade pai/criança de solução de problemas, de comunicação e menor envolvimento afetivo (comparados c/ veteranos e civis sem TEPT)⁶⁰.

Em estudo de observação da possível relação entre estresse no trabalho e impacto sobre o relacionamento de policiais e suas esposas, pesquisadores detectaram tais alterações correlacionando o grau de estresse no trabalho relatado no dia a dia pelos policiais e o nível de excitabilidade do sistema nervoso autônomo, através de medidas fisiológicas que refletem o grau de estresse (e.g.: frequência cardíaca e pressão arterial), tanto do policial quanto da esposa, aferidos durante interações do casal monitoradas pelos pesquisadores. Foi observado que os níveis de resposta autonômica foram mais elevados tanto no policial quanto na esposa nos dias de maior estresse, porém que os níveis de atividade corporal estavam diminuídos, o que poderia estar relacionado a um tipo de resposta corporal a estados de medo intenso ou a um estado psicológico de vigilância e de defesa que facilitaria respostas rápidas nos eventos ameaçadores, habitualmente presentes na atividade policial. Que este mesmo estado poderia ser percebido pela esposa, que assumiria a mesma postura para evitar agravar o estresse do marido e conflitos no relacionamento²⁵.

Em estudo com 123 esposas e companheiras de policiais militares do Rio de Janeiro, Derenusson & Jablonski (2009) consideraram os diferentes fatores relacionados diretamente ao trabalho do policial (e.g.: risco e salário) e aqueles descritos como indiretos, relacionados aos aspectos diários do trabalho (e.g.: mudanças de comportamento atribuídas à formação do policial, à necessidade de lidar com o público em situações de conflito) que acabam por modificar a personalidade e o comportamento dos policiais. Ao perguntarem sobre o impacto do estresse no trabalho sobre o comportamento, os autores observaram que 32% das esposas percebiam seus maridos mais quietos e distantes e 30% mais irritados. Ao perguntarem sobre o impacto do trabalho dos pais gerando estresse nos filhos, observaram que este foi mais presente nos filhos de policiais do serviço externo, pela percepção do risco relacionado³³.

Tal estresse é compatível com a observação de que o fator direto que mais afeta as famílias é a preocupação com a segurança do policial, principalmente com os do serviço externo, seguido dos baixos salários. Mais de 90% das esposas ou companheiras entrevistadas informou que seus maridos ou companheiros já teriam sido expostos em situações de risco no trabalho e aproximadamente 30% informaram que elas e/ou suas famílias teriam passado por situações de risco com o policial (e.g.: reagir a assalto ou atuar como policial em ocorrência em momento de folga)³³.

Estudos descrevem como fatores para o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em policiais (a forma mais grave de manifestação de estresse após vivenciar situações consideradas como traumáticas) a existência de níveis elevados de estresse ocupacional, não relacionado diretamente apenas às situações traumáticas, mas também às questões institucionais, como o sistema de progressão na carreira, às longas horas de trabalho, à atitude da população e à falta de apoio social e familiar^{61,62}.

Não foram encontrados estudos dedicados diretamente ao impacto dos combates urbanos frequentes vivenciados por policiais, como ocorre no Rio de Janeiro, porém revisão sobre aqueles **do estresse relacionado ao combate** em famílias de soldados americanos revela que as dificuldades **relativas aos cuidados com os filhos** estão relacionadas a mecanismos como: redução da capacidade dos pais de avaliar adequadamente os comportamentos da criança de acordo com o nível de desenvolvimento, problemas relacionados à capacidade de liderança paterna, levando a dificuldades de estabelecer parcerias com o cônjuge, redução da disponibilidade paterna/materna, redução da capacidade de comprometimento e de manter rotinas de cuidados e disciplina, alternância de estrutura extremamente rígida com estrutura caótica, influenciada por fácil desorganização em situações de estresse, falta de estrutura de suporte, falta de coesão familiar relacionada a conjunto de crenças em comum, entre outros³⁴.

Estes fatores se relacionaram a **comportamentos inadequados dos pais** como: má interpretação de reações e comportamentos dos filhos, reações de raiva, confusão e frustração direcionadas aos filhos, reações e suporte inapropriado dos pais em relação à criança, sentimentos de culpa, preocupações excessivas com a criança, redução da coesão familiar, isolamento, redução dos processos de colaboração familiar, maior irritabilidade e conflitos familiares mais frequentes. Também foram observadas rotinas de cuidado inconsistentes e associação com comportamentos disruptivos na criança. A falta de coesão familiar e de sistema de crenças comuns associou-se a sentimentos de

desesperança e pessimismo e à perda do senso de coerência, com a redução da percepção da vida como compreensível e significativa, além da falta de um sentido de missão familiar em comum³⁴.

2.3 – Contexto familiar e comunitário e o impacto sobre a saúde mental de crianças e adolescentes.

Relacionamentos seguros e estáveis com os pais e outros cuidadores são essenciais para o desenvolvimento saudável da criança, pois são fontes de afeto duradouro, de confiança e de responsabilidade dos pais em relação aos filhos, além de tornar a criança apta a explorar o mundo com segurança e a desenvolver as habilidades necessárias para estabelecer relacionamentos amorosos e de apoio com outras pessoas. Considera-se que os primeiros relacionamentos da criança afetam o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro, influenciando no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. A falta ou o rompimento destes relacionamentos, principalmente no início da infância, pode ter efeitos graves e duradouros que incluem: ansiedade e depressão, habilidades de comunicação deficitárias, dificuldade em estabelecer relacionamento com seus pares, falta de capacidade de ter empatia por outros indivíduos quando estes se encontram em dificuldades, comportamento antissocial, baixa *performance* escolar e econômica e maior risco de tornar-se perpetrador ou vítima de violência⁶³.

A família tem como função primordial o apoio e o acolhimento de seus membros. Para que possa oferecer à criança um ambiente saudável, é preciso que seja capaz de encontrar alternativas positivas para a solução dos problemas. Alguns aspectos parecem contribuir para o desenvolvimento desta capacidade: formas flexíveis de organização e diálogo nos relacionamentos interpessoais, modelos educativos que impulsionem a criança para uma vida saudável e supervisão sobre o comportamento da criança nos seus diversos contextos de relacionamentos⁶⁴. Em estudo para avaliar a capacidade de superação das adversidades em adolescentes escolares no município de São Gonçalo (RJ), a interação familiar foi um dos aspectos mais importantes para a construção da auto-estima, a qual, por sua vez, foi verificada como um atributo chave para desenvolver a habilidade de superação dos problemas cotidianos^{64,65,66,67}.

No cotidiano das crianças e adolescentes associam-se fatores relacionados à família, à escola e à comunidade. Dentre estes, a exposição a situações de violência é reconhecida como associada à maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais na infância e na adolescência, assim como na determinação do curso e prognóstico dos mesmos na vida adulta^{66,68}. Crianças e adolescentes apresentam vulnerabilidade aumentada aos impactos dos diversos tipos de violência (familiar,

escolar e comunitária) e dependem da proteção dos adultos⁶⁶. A OMS em 2002 definiu **violência** como:

o uso da força física ou do poder, real ou sob forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5)⁶⁹.

Deslandes et al. (2005) referem que toda forma de ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos ao desenvolvimento integral da criança deve ser considerada como violência⁷⁰.

Em revisão sobre estudos correlacionando à violência e à saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros, Assis et al. (2009) verificaram que assim como os estudos internacionais, os realizados no Brasil têm evidenciado a associação entre vivenciar violências e apresentar problemas emocionais e comportamentais. Foram citadas situações como testemunhar violência entre os pais e sofrer medidas punitivas severas (e.g.: apanhar de cinto, chutar, queimar, ameaçar com arma), espancamento, negligências e outros abusos físicos^{71,72,73}.

Em estudo no município de Embu (SP), Paula et al. (2007) estimaram a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes de 6 a 17 anos. Encontraram problemas mentais em aproximadamente 25% das crianças e adolescentes, dos quais 7,3% apresentavam prejuízo funcional global. Adolescentes desta amostra que sofreram violência familiar tiveram três vezes mais chances de apresentar problemas mentais do que aqueles expostos à violência urbana. Porém esta última também é fator importante no desenvolvimento de problemas mentais em crianças, adolescentes e suas famílias⁷⁴.

O Ministério da Saúde define **violência intrafamiliar** como aquela que ocorre entre parceiros íntimos e entre membros da família, principalmente dentro de casa, mas também fora dela. Quando ocorre em uma família acaba por se tornar a forma de comunicação entre as pessoas daquela família. Pode incluir vários tipos de violência como: física, psicológica e por abuso sexual⁷⁵.

Um estudo realizado no município de São Gonçalo (RJ), com 1685 estudantes de escolas públicas e particulares revelou que 14,6% sofreram violência severa pelo pai

ou pela mãe, 48% informaram ter sofrido violência psicológica, 11,85% testemunharam ou foram vítimas de violência sexual na família⁷⁶.

A **violência psicológica** contra a criança e o adolescente é considerada como uma agressão orquestrada por um adulto na qual ele rejeita, isola, aterroriza, ignora ou corrompe a criança. Sua caracterização depende do meio sociocultural da criança. São citados como possíveis efeitos da violência psicológica: **difficuldade de aprendizado, dificuldade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias, tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos, comportamentos e sentimentos anormais em resposta a circunstâncias normais e humor triste ou depressivo**⁷⁷.

A **violência sexual** ocorre mais frequentemente no ambiente familiar, na maioria dos casos as vítimas são meninas e os agressores são o pai, o padrasto ou outras pessoas conhecidas. Alterações emocionais geralmente associadas ao abuso sexual incluem: **difficuldade de aprendizado, desatenção, alterações do sono, isolamento social, atitudes precocemente erotizadas e depressão**.

Violência na escola inclui agressões sofridas na escola por funcionários e professores contra alunos e pelos alunos entre si. **Violência comunitária** ocorre nos bairros, nas proximidades da casa da criança e inclui a violência escolar⁶⁶.

A juventude, principalmente dos centros urbanos, está exposta a níveis elevados de **violência urbana**, que se caracteriza por conflitos entre indivíduos que não têm relação de intimidade. Geralmente ocorre fora do ambiente domiciliar, por atos de natureza física, psicológica, sexual ou ainda por negligência ou por submeter o outro a privações. Nas grandes cidades brasileiras sete em cada dez mortes de crianças e adolescentes são decorrentes de causas externas, acidentes e violência⁷⁸.

Phebo & Moura (2005) referem que as **alterações psicossociais decorrentes da violência urbana** são mais difíceis de identificar do que as alterações físicas, apesar de serem representadas por quadros como: **depressão, ansiedade, agressividade, baixo desempenho escolar, baixa autoestima, tentativas de suicídio e uso abusivo de álcool e drogas**⁷⁸. Os sintomas de estresse agudo podem estar presentes nos primeiros momentos após o trauma e sua manutenção ou o surgimento de específicos, relacionados à situação traumática, pode corresponder ao transtorno de estresse pós-traumático, cuja gravidade e duração podem trazer grande prejuízo ao funcionamento global e ao desenvolvimento⁵⁰.

Na revisão de prontuários realizada com a amostra do ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPM-RJ, citada na introdução deste estudo, foi também

relatada a ocorrência de conflitos conjugais, inclusive físicos, durante a gestação dos pacientes atendidos. Conflitos conjugais (relatos de discussões frequentes, agressão verbal e/ou física, ameaças) durante a gestação foram revelados espontaneamente ou mediante anamnese direta com as mães ou responsáveis, em 20 das 88 crianças e adolescentes (22,7%).

O estresse pré-natal e a presença de transtorno depressivo ou ansioso na gestante e na mãe são associados em diversos estudos a alterações no neurodesenvolvimento, com impacto sobre o desenvolvimento cognitivo, da linguagem e da resposta ao estresse na criança^{79,80}. Bergman et al. (2007) estudaram o impacto de conflitos com o parceiro e outros estressores na gestação e a ocorrência de alterações do cortisol no líquido amniótico⁸¹. Observaram maior prejuízo relacionado ao desempenho cognitivo e de resposta ao estresse no seguimento das crianças com 14 e 19 meses de idade nos casos em que houve conflitos no relacionamento com o parceiro.

Do nascimento à vida adulta, diferentes áreas do cérebro apresentam cursos diversos de amadurecimento. A produção de substâncias responsáveis pela regulação, diferenciação e maturação dos neurônios é influenciada por estímulos ambientais. Os estímulos do ambiente determinam quais conexões entre os neurônios irão surgir ou persistir, o que corresponde à parte do fenômeno conhecido como plasticidade neuronal. Qualquer evento do ambiente que cause estimulação inadequada de fatores intrínsecos (neurotransmissores, hormônios neuroendócrinos e fatores neurotróficos) pode causar neurodesenvolvimento anormal, principalmente na fase pré-púbere⁸².

O desenvolvimento neurológico normal está associado à hipótese de que seria seguida a seguinte regra: desenvolver o que é necessário para a sobrevivência e descartar o que é desnecessário. Fatores do ambiente exerceriam influência de duas formas: 1) desenvolvimento que ocorre apenas na presença de uma determinada experiência em um momento crítico, do contrário ocorreria eliminação das sinapses correspondentes (e.g.: desenvolvimento do córtex visual a partir de estímulos visuais) e 2) produção de novas sinapses a partir de experiências ambientais (e.g.: alterações estruturais do cérebro relacionadas à exposição a interações afetivas). Estes e outros mecanismos são objeto de estudo de um campo relativamente novo chamado Traumatologia do Desenvolvimento⁸².

Em resposta a estresses agudos, como em situações de ameaça à vida, o organismo desenvolve uma **resposta neurofisiológica** inicialmente adaptativa denominada alostase, sendo seguida pela recuperação e retorno ao estado habitual

denominado homeostase. Quando a resposta é excessiva ou ineficaz o organismo desenvolve uma carga alostática que pode trazer respostas deletérias para o organismo. A exposição a experiências estressantes de forma crônica pode ativar excessivamente o eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA), levando ao aumento do hormônio liberador de corticotropina (CRH) e do cortisol. Entre outros efeitos, o cortisol contribui para o aumento da vigilância, da capacidade de focar a atenção e da formação de memória. Quando a elevação destes hormônios ocorre no início da vida, causa a desregulação de receptores serotoninérgicos (5-HT1A) levando à redução do limiar para ansiedade. Com o estresse também ocorre a ativação do *locus ceruleus* com consequente liberação de noradrenalina. Sua estimulação crônica contribui para a ansiedade, o medo, as memórias intrusivas, o aumento do risco de hipertensão e de doenças cardíacas⁸³.

O aumento crônico do cortisol durante o desenvolvimento favorece a morte de neurônios, principalmente em áreas com grande concentração de receptores de glicocorticóides, como: hipocampo, córtex pré-frontal, amígdala e vermis cerebelar.

Grassi-Oliveira et al. (2008) realizaram revisão sistemática sobre estudos que mostraram associação explícita entre situações de maus tratos na infância e consequências psicobiológicas e neurobiológicas. Concluíram que os maus tratos na infância estão relacionados a alterações no desenvolvimento estrutural do corpo caloso, do neocórtex esquerdo, do hipocampo e da amígdala. Como alterações funcionais foram observados: o aumento da irritabilidade elétrica em áreas límbicas, disfunções do lobo frontal e redução da atividade do *vermis* cerebelar. Como alterações neuro-humorais, assim como em estudos sobre o estresse nos adultos, foi observada a alteração da atividade do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal com consequente alteração da resposta ao estresse⁸².

O grupo de estudos que redefine os critérios para transtornos ligados a situações traumáticas em crianças propõe a inclusão de novo transtorno denominado: Transtorno do Desenvolvimento Traumático. Tal proposição originou-se da observação de que a maior parte dos episódios traumáticos vividos na infância, presentes muitas vezes desde o primeiro ano de vida, não poderiam ser incluídos como o critério de trauma exigido para o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, pelo DSM-IV-TR. Tais episódios seriam relacionados às situações de violência cometidas contra a criança de forma frequente, sem a possível definição de situação traumática deflagrada do quadro psiquiátrico, como exigido para diagnóstico de TEPT^{82,84}.

Em estudos clínicos foi observado que os traumas mais frequentes eram crônicos e caracterizados por múltiplos eventos, com média de 2,9 eventos por criança. Consistiam em: abuso emocional (59,3%), vivenciar perdas (55,6%), doença do cuidador (47,1%), violência doméstica (45,8%), abuso sexual (40,8%), abuso físico, negligência, guerra ou terrorismo (18%, aferido entre familiares de soldados americanos). Os sintomas pós-exposição a tais eventos geraram comprometimento do afeto, da atenção, da autoimagem, impulsividade, agressividade e aumento da exposição a situações de risco ⁸⁴.

Capítulo 3 - MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado estudo descritivo do atendimento oferecido às crianças e adolescentes que buscam o ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM). A partir de 2005 foi iniciado o atendimento em Psiquiatria Infantil no Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro (HCPM-RJ), único serviço para atender todos os casos de crianças e adolescentes filhos de policiais militares com transtornos psiquiátricos em todo o Estado. Durante os cinco anos que se seguiram observou-se com frequência que as histórias clínicas sugeriam associação com fatores de risco como: falecimento de um dos pais, presença de psicopatologia em pelo menos um dos pais, conflitos familiares, exposição à violência urbana, entre outros, suscitando questões sobre as características desta população. A maioria das crianças e adolescentes hoje ainda em atendimento no ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM foi admitida a partir de 2008 já que entre 2005 e 2007 o atendimento era prestado semanalmente e, a partir de 2008 passou a ocorrer 4 vezes na semana. São atendidos no ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência do HCPM mensalmente 60 a 70 pacientes e aproximadamente 20% dos casos são novos. A faixa etária atendida varia de zero a 17 anos para as consultas de primeira vez e o acompanhamento dos pacientes segue até aproximadamente os 20 anos de idade. Com base no número de atendimentos mensais do ambulatório foi inicialmente prevista a inclusão de aproximadamente 48 sujeitos durante o período de 4 meses. Esta definição de prazo e de tamanho de amostra tinha como objetivo tornar possível a conclusão do estudo para atender ao cronograma do curso de Mestrado.

O trabalho de coleta de dados das abordagens quantitativa e qualitativa transcorreu entre 18 de maio de 2012 e 30 de outubro de 2012 e teve por princípio incorporar *todos os pacientes novos* – crianças e adolescentes – encaminhados ao ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPM naquele período. Para atender a tal critério, a duração inicialmente prevista de quatro meses de coleta foi estendida devido aos inúmeros feriados e às dificuldades concernentes à complexidade do próprio campo, que serão a seguir descritas.

O estudo agregou a coleta de informações presentes nos prontuários, nos questionários e nas entrevistas individuais com as crianças, com os adolescentes e com os pais. Foram utilizadas as abordagens qualitativa e quantitativa, com aplicação dos instrumentos de forma independente e com igual prioridade, para atender de forma complementar aos objetivos propostos. Foi então realizada triangulação metodológica

do tipo paralela convergente, com junção dos dados na fase de análise e interpretação dos dados⁸⁵. Tal triangulação permite o diálogo entre os dados quantitativos e qualitativos, facilitando o melhor entendimento entre os aspectos individuais, coletivos e contextuais relacionados ao grupo social investigado, buscando entender aspectos simbólicos relacionados aos possíveis “fatores de risco sociais” definidos por Almeida Filho, como “expressões do modo de vida de grupos populacionais” (Almeida Filho, 2000 *apud* Minayo, 2010, p.76)⁸⁶.

A primeira etapa incluiu todos os pacientes novos que aceitaram participar da pesquisa e compreendeu: (1) a avaliação diagnóstica, que englobava a aplicação do questionário semiestruturado para avaliar transtornos mentais (Anexo 7), as escalas de violência psicológica e comunitária (anexo 4) e o questionário sociodemográfico (Anexo 1); (2) e uma segunda etapa que consistiu na realização da entrevista qualitativa (Anexos 2 e 3). Esta entrevista foi realizada com os responsáveis, quando a criança tinha idade inferior a 12 anos, ou com os adolescentes (maiores de 12 anos).

A definição do término da primeira etapa e do início da etapa qualitativa se deu de forma variável, de acordo com a complexidade e a gravidade de cada caso atendido e será melhor detalhada a seguir. Foi escolhida esta forma de abordagem por tratar-se de ambiente clínico, onde os pacientes e suas famílias buscam atendimento, que foi priorizado em relação à coleta de dados.

Durante o período do estudo foram agendados 55 crianças e adolescentes recém-chegados ao ambulatório e, destes, 39 foram incluídos no estudo. Os motivos das **dezesseis perdas** foram:

- sete não compareceram à consulta inicial, mesmo com contato para tentativa de remarcação;
- seis compareceram à primeira consulta na qual foi realizada a anamnese e transmitidas algumas orientações terapêuticas e diagnósticas iniciais, além de feito o convite para a participação da pesquisa. Porém, apesar de diversas tentativas de remarcação de retornos e da aceitação inicial de participação na pesquisa, não retornaram ao ambulatório: a família de um deles justificou dificuldade de comparecer devido à separação recente dos pais; três não retornaram alegando dificuldades de comparecer à instituição por falta de recursos ou de tempo e duas crianças não foram localizadas após a primeira entrevista;
- uma recusa da mãe de uma criança em participar da pesquisa que, no entanto,

continuou o atendimento regular no serviço;

- uma criança de cinco anos que foi atendida durante internação hospitalar por queimadura nas costas, cujos mecanismo e autoria não ficaram esclarecidos já que o aspecto e a localização eram incompatíveis com o relato do responsável. Como consequência desta lesão suspeita e do histórico de conflitos e de violência na família, ocorreu intervenção do Conselho Tutelar, com definição de alteração provisória da guarda da criança, concedida a outro responsável e houve a retirada da criança do hospital de forma abrupta. Apesar da previsão de retorno ao ambulatório e da evidente demanda por atendimento e acompanhamento, a criança não foi trazida às consultas ambulatoriais pelo responsável que ficou com a guarda.
- um menino de 8 anos foi excluído da pesquisa devido a impossibilidade de aplicação dos questionários e de realização de entrevista devido ao grau de comprometimento relacionado aos sintomas de transtorno do espectro do autismo.

Foram incluídos na pesquisa 6 pacientes que já tinham sido atendidos no ambulatório de psiquiatria, mas foram considerados como primeiro atendimento por não terem comparecido nos últimos 12 meses antes da consulta atual, com interrupção do tratamento por razões diversas.

As entrevistas e os questionários foram aplicados pela pesquisadora, no próprio ambiente do ambulatório onde, habitualmente, realiza os atendimentos clínicos, com exceção de 2 adolescentes que tiveram a avaliação realizada durante internação por sintomas psiquiátricos, na Enfermaria de Pediatria,

Por tratar-se da única profissional que realiza atendimentos na especialidade todos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora. Como pontos positivos desta abordagem, poderíamos citar: a uniformidade da forma de coleta dos dados e a experiência da pesquisadora de cinco anos no atendimento no ambiente destinado à pesquisa.

Observamos que é inevitável considerar o envolvimento da pesquisadora com o tema, com o objeto da pesquisa e com os próprios sujeitos da pesquisa, já que estes também são seus pacientes e por ser a autora também policial militar. Minayo (2010, p. 41)⁸⁶ afirma que os pesquisadores são “*dialeticamente, autores e frutos de seu tempo histórico*”. Esta autora cita ainda Lévi-Strauss (1975, p.215, *apud* Minayo 2010, p.41) ao caracterizar as Ciências Sociais e a forma de trabalhar a identidade entre o sujeito e o

objetivo da investigação: “*numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo é parte de sua observação*”⁸⁶.

Apesar das diferenças das atribuições do trabalho do médico militar, quando comparado ao do policial, é possível reconhecer após 11 anos de serviço junto aos policiais e suas famílias, que esta experiência acrescenta características próprias às observações feitas pela pesquisadora. Acreditamos que a própria compreensão destas influências, ao contrário de direcionar as avaliações, pode enriquecê-las. É importante notar que esta mesma experiência foi a fonte das questões para as quais tentamos buscar respostas e propostas para prevenção e intervenção.

A pesquisadora, ao colocar-se na expectativa da aceitação de participar da pesquisa por parte dos pacientes e de suas famílias, percebeu uma diferenciação do seu papel, quando passou a depender também da “ajuda” dos pacientes ao iniciar a presente pesquisa. Observou que, apesar da vivência prévia de experiências que já haviam sedimentado a certeza da reciprocidade dos “ganhos próprios” e de realização pessoal com as trocas relacionadas ao cuidar, habitualmente, ao colocar-se na “posição de médico” (que pressupõe aquele que tem o saber e do qual depende o paciente para ter alívio do seu “mal”) estabelecia relação assimétrica entre quem “precisa” do atendimento e quem tem o “poder” de ajudar. Esta mudança de enfoque despertou uma oportunidade de reflexão sobre a sua postura de trabalho. Tal observação não alterou a forma de abordagem para inclusão de pacientes na pesquisa, mas reafirmou a ausência de neutralidade possível em pesquisas de qualquer natureza. Segundo Minayo (2010, p.46), ao discorrer sobre diversos autores: “*não se pode acreditar em ciência neutra, pois todo processo de construção teórica é, ao mesmo tempo, uma dialética de objetivação e subjetivação.*”⁸⁶

3.1- Metodologia Quantitativa:

O método quantitativo tem como objetivo: “*trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis...*” (Minayo, 2010, p. 56)⁸⁶. O uso deste método compreendeu a aplicação de instrumento diagnóstico, a obtenção de dados sociodemográficos e familiares e a obtenção de informações sobre vivências de situações de violência em casa, na escola e na comunidade.

Diagnóstico dos Transtornos Mentais nas Crianças e Adolescentes Atendidos

Para atender ao primeiro objetivo específico deste estudo foi utilizado instrumento diagnóstico que consiste em uma entrevista semiestruturada contendo perguntas baseadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Versão Revisada/DSM-IV-TR². A entrevista escolhida foi a K-SADS-PL (*Kiddie-Sads-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children- Present and Lifetime Version*) desenvolvida por Kaufman et al. em 1996, que é uma das entrevistas diagnósticas usadas como padrão em estudos em psiquiatria infantil e que foi traduzida e validada para o uso no Brasil por Brasil & Bordin em 2003 (Anexo 7)⁸⁷. Faz parte de um conjunto de entrevistas semiestruturadas e tem como característica permitir ao entrevistador acrescentar explicações e orientações às perguntas realizadas, bem como utilizar informações de fontes adicionais (e.g.: da escola ou do prontuário). A versão brasileira tem boa correspondência com o instrumento original e propriedades psicométricas adequadas⁸⁸.

Deve ser aplicada por psiquiatra experiente para que este possa adaptar as perguntas ao entendimento do entrevistado e ao nível de desenvolvimento da criança e avaliar corretamente as respostas, investigando inconsistências durante a entrevista. Esta versão do K-SADS avalia a presença de transtornos no presente e ao longo da vida. As informações são obtidas a partir de entrevistas com os pais ou responsáveis de todas as crianças e adolescentes pesquisados e com a criança/adolescente.

A entrevista tem início com perguntas sobre dados demográficos, funcionamento escolar, funcionamento social, dados de saúde, relações familiares, interesses, tratamentos anteriores e queixa principal. É útil também para estabelecer o vínculo entre o entrevistador e o entrevistado. Foi realizada em forma de anamnese pediátrica e psiquiátrica e contém dados também sobre: gestação, desenvolvimento psicomotor, história patológica pregressa, entre outros.

A segunda etapa do K-SADS-PL consiste na seção de rastreamento, que contém áreas diagnósticas que correspondem a 20 transtornos psiquiátricos, contendo perguntas para investigar a presença ou não de cada item, de acordo com os critérios do DSM-IV. Para pontuar, ou seja, considerar o sintoma como presente, o examinador precisa usar “seu melhor julgamento clínico”. Além da pontuação existem os critérios de exclusão que facilitam a definição de quais suplementos para diagnóstico serão utilizados.

Na terceira parte são aplicados os suplementos diagnósticos definidos na fase de rastreamento. São 5 suplementos no total: 1) Transtornos Afetivos, 2) Transtornos

Psicóticos, 3) Transtornos de Ansiedade, 4) Transtornos de Comportamento e 5) Transtornos de Tique, do Abuso de Substâncias, de Alimentação e de Eliminação (encoprese e enurese).

Ao final da entrevista registra-se a presença ou ausência de episódio no passado ou no presente, além de outras características como idade de início dos sintomas e tratamentos realizados. Também pode ser incluída a Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS) cuja pontuação é realizada ao final e baseia-se na entrevista clínica, nas informações clínicas e psiquiátricas e no funcionamento social e que por limitação de tempo não foi utilizada neste estudo.

Durante a aplicação dos questionários foram encontradas diversas dificuldades: 1) longa duração do questionário, 2) tratar-se de amostra clínica com frequência da presença de transtornos e de comorbidades, que tornavam o questionário mais longo somado à maior dificuldade da criança em respondê-lo, devido aos próprios sintomas, 3) necessidade de aplicação do questionário nos pacientes e em um dos pais, 4) devido às dificuldades citadas foram necessários mais de 1 encontro, com média de 3 encontros com duração aproximada de 1 hora cada, para concluir a aplicação das etapas do K-SADS-PL, acrescidas das orientações quanto a realização de exames necessários, encaminhamento a especialistas e orientação quanto ao uso de medicamentos, quando indicado, 5) presença de pré-escolares na amostra, restringindo a aplicação aos responsáveis, conforme orientação dos próprios autores do questionário, que verificaram a validade deste procedimento ⁸⁹, 6) presença de psicopatologia em alguns dos informantes, o que tornava mais trabalhosa ou por vezes impossível a obtenção de dados confiáveis, 7) necessidade de manter o atendimento clínico de pacientes com demanda elevada, concomitante à aplicação dos questionários.

Dos 39 pacientes incluídos no estudo, 33 (84,6%) tiveram os questionários respondidos pelas mães, 3 (7,7%) por pai e mãe e outros 3 (7,7%), apenas pelo pai. Observamos que as crianças maiores de 6 anos e os adolescentes também responderam ao K-SADS-PL.

Avaliação dos Contextos Familiar e Comunitário com Destaque Para as vivências de violências em casa, na escola e na comunidade:

Para atender ao segundo objetivo específico deste estudo (item 2.1.2), além das informações referentes a dados sócio familiares obtidas no instrumento geral (respondidas pelos pais e ou mães de acordo com a descrição de informantes do K-SADS-PL), foram aplicadas aos adolescentes acima de 12 anos de idade duas escalas elaboradas para avaliar a exposição de crianças e adolescentes a diversos tipos de violências.

A primeira escala aplicada é denominada “**Coisas que vi e ouvi**” e foi desenvolvida por Richters e Martinez (1992) com o intuito de avaliar a **exposição de crianças à violência em casa, na escola, na comunidade** e em outros lugares por ela freqüentados (Anexo 4)⁹⁰. A escala é composta por 20 itens, existindo ainda seis adicionais que podem ou não ser aplicados e que se relacionam a violência severa em casa.

A forma de analisar e computar os resultados varia bastante, dependendo do interesse do pesquisador. Os itens podem ser analisados de forma dicotomizada ou ter sua frequência avaliada (nunca, 1 vez, 2 vezes, 3 vezes, muitas vezes). Para obtenção do escore final, os itens (presença/ausência ou frequência de acontecimento) são somados. Quanto maior o escore obtido pela criança, maior a sua exposição à violência. Neste trabalho foi aplicada a escala completa contendo 26 itens e foi avaliada a frequência dos eventos, apresentada tanto com as respostas de cada item isoladamente, como através de categorização com base na distribuição em tercís: elevada, média e baixa violência familiar e comunitária. No total, 19 questionários foram aplicados aos adolescentes.

A segunda escala utilizada avalia a exposição à **Violência Psicológica** através de 18 itens contendo perguntas quanto à **vivência de situações em que pessoas significativas para a criança ou o adolescente teriam agido com eles de forma a rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar ou corromper**, contendo cinco opções de respostas: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. A escala foi originalmente criada por Pitzner & Drummond (1997)⁹¹ e foi traduzida e adaptada para o uso no Brasil por Assis & Avanci (2005)⁹², com boas propriedades psicométricas. Trata-se de instrumento anônimo, que pode ser autopreenchido e é de fácil compreensão (Anexo 4). Dezenove adolescentes preencheram a escala, avaliando-se a presença de cada item isoladamente, além de ser realizada a categorização de todos os 18 itens distribuídos segundo tercís: elevada, média e baixa violência psicológica.

As escalas de violência foram respondidas pelos próprios adolescentes após orientação, enquanto aguardavam a entrevista dos pais ou foram levadas para serem respondidas em casa. No momento da devolução foi destinado tempo para avaliar as respostas com os adolescentes e tirar dúvidas, quando necessário.

3.2- Metodologia Qualitativa

O método qualitativo “*é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões*” (p. 57)⁸⁶. Minayo também refere que os métodos qualitativos permitem “*desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares*” (p.57)⁸⁶. Mannheim (1968) afirma que só se poderia caracterizar uma situação humana quando se considera as concepções que os próprios participantes têm dela. Pela maneira como experimentam e reagem às tensões relacionadas (Mannheim, 1968, *apud* Minayo, 2010, p.59)⁸⁶.

Tratamos nesta parte das falas de familiares de policiais militares. Estes profissionais caracterizam-se por ter situação peculiar já que representam de forma histórica, mas não exclusiva, a defesa de interesses das classes dominantes, e que se diferenciam das mesmas por originarem-se socialmente “dos grupos subalternos”. Historicamente no Brasil os policiais militares são provenientes das classes sociais mais baixas^{22, 27, 93}. As famílias dos policiais constituem o elo do policial com o grupo social de onde ele se origina e onde também podem ser observadas modificações decorrentes da sua atuação profissional⁹⁴.

É possível verificar o imbricamento de fatores históricos, culturais, políticos, econômicos, do senso comum e das representações sociais acerca do papel do policial militar, com os reflexos nas experiências cotidianas por vezes contraditórias, de viverem na fronteira entre as duas situações, incluindo seus conflitos e suas estratégias adaptativas, dos quais participam obrigatoriamente suas famílias. Portanto, para a análise das falas foram também considerados o contexto e a história de vida de cada entrevistado.

Segundo Minayo (2012) a análise qualitativa tem como ação principal a tentativa de compreender, processo que deve incluir a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro. A compreensão envolve a subjetividade de cada indivíduo não deixando de considerar que suas experiências e vivências ocorrem em um ambiente coletivo, com aspectos históricos e culturais⁹⁵.

Definiremos brevemente alguns dos fatores referidos acima (entre eles senso comum e *Habitus*), que consideramos ao analisar as entrevistas e que nos ajudam a avaliar a representatividade das observações realizadas. De acordo com Bourdieu:

Todos os membros de um mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e de particularização, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros (Bourdieu,1973, p.180, *apud* Minayo 2010, p. 206)⁸⁶.

Buscando responder a questionamentos quanto à representatividade em pesquisa qualitativa Bourdieu criou um esquema teórico que denominou “*Habitus*”:

Habitus seria um sistema de disposições duráveis e transferíveis que integram todas as experiências passadas e funciona, a todo o momento, como matriz de preocupações, apreciações e ações. (Bourdieu, 1973, p.182,*apud* Minayo, 2010, p.206)⁸⁶.

Segundo Minayo, Bourdieu busca “dar objetividade à discussão sobre subjetividade” referindo que o “*Habitus*” seria: “*uma espécie de lei imanente depositada em cada ator social desde a primeira infância, a partir de seu lugar na estrutura social...*” (Bourdieu, 1973, p. 184, *apud* Minayo 2010, p. 207)⁸⁶.

Para a análise qualitativa procuramos também nos aproximar de conceitos relacionados a esta prática, sem a pretensão de aprofundamento teórico que não seria pertinente ao objetivo deste trabalho. Serão definidos alguns dos principais conceitos para permitir que leitores de várias origens se familiarizem com os termos. Segundo Minayo (2012) os termos estruturantes das pesquisas qualitativas são compostos por substantivos com sentidos complementares: **experiência, vivência, senso comum e ação**. Segundo a autora a aproximação destes termos deveria acompanhar-se dos movimentos de “compreender, interpretar e dialetizar.”⁹⁵

Segundo Minayo (2012), de acordo com Heidegger (*apud* Minayo, 2012):

*“o termo **experiência** diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. O sentido da experiência é a compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida.”*⁹⁵

Ainda de acordo com Minayo (2012), baseando-se em textos de Gadamer, Shutz, Heidegger e Merleau-Ponty, **vivência** pode ser definida como o “produto da reflexão pessoal sobre a experiência”. Apesar das vivências terem caráter “único e pessoal” a autora afirma que são influenciadas pelos aspectos coletivos e pelas condições em que ocorrem⁹⁵.

Define ainda **senso comum** como um conjunto de conhecimentos que se origina das experiências e vivências e que se expressa na linguagem e nas atitudes. Gramsci valoriza o **senso comum** como material para transformação social e defende que:

“todas as classes e estratos sociais têm seu senso comum como um conjunto de ideias veiculadas no cotidiano e é com este conjunto de ideias que a vida é levada.” (Gramsci, 1981, p. 63, *apud* Minayo 2010, p.230)⁸⁶.

Finalmente, de acordo com Minayo (2012), o conceito de **ação** relaciona-se à construção da vida e da cultura por indivíduos, grupos e instituições a partir das condições que eles encontram na realidade⁹⁵.

Realização das entrevistas qualitativas:

Os roteiros das entrevistas (Anexos 2 e 3) foram desenvolvidos buscando atender principalmente um dos objetivos específicos do estudo: **analisar a visão dos filhos de policiais militares sobre a atividade profissional de seus pais e sobre as possíveis influências desta sobre sua família e sobre si mesmos**. As perguntas foram formuladas a partir da experiência da autora no atendimento de crianças e adolescentes e suas famílias, filhos ou dependentes de Policiais Militares, nos últimos cinco anos e a partir de temas citados pela literatura, cujos conteúdos e referências se encontram descritos no quadro teórico (Cap. 2).

Também foram considerados novos temas surgidos nas falas dos entrevistados, bem como procuramos estar atentos a conteúdos relacionados aos outros objetivos da pesquisa, como aqueles relacionados à possível presença de transtorno psiquiátrico e às vivências de violência comunitária e familiar.

Os roteiros das entrevistas contêm perguntas que dizem respeito: 1) à maneira como as crianças tomaram conhecimento da atividade profissional dos pais, 2) de que forma são orientadas a responder quando são perguntadas qual a profissão do pai/mãe, 3) sobre o que a criança ou o adolescente falam sobre ter um dos pais nesta atividade, 4) como a família lida com a situação de informar a outras pessoas sobre a atividade policial de um de seus membros, 5) como a criança e outros membros da família se sentem em relação a ter um policial na família, 6) como a família lida com situações

relacionadas (risco, trabalho em turnos, imprevisibilidade, notícias sobre vitimização policial, violência e corrupção policiais), 7) se a família já foi vítima de ameaça, perseguição ou preconceito devido à atividade policial, 8) se o policial daquela família já foi alvo de investigação ou preso, 9) se foi ferido ou morto devido ao seu trabalho e 10) se considera sua família diferente por ter nela um policial militar (Anexos 2 e 3).

A realização destas entrevistas foi inicialmente prevista para uma parte dos sujeitos envolvidos na pesquisa, devido ao tempo necessário para realização, transcrição e análise das mesmas, já que se trata de pesquisa que constitui parte de dissertação de mestrado com prazo limitado e também pelo princípio da saturação teórica, a partir do qual é suspensa a inclusão de novos sujeitos na pesquisa desde que se observe que as informações fornecidas por eles acrescentariam pouco ao material já obtido e não contribuiriam de forma significativa para a reflexão teórica⁹⁶.

A realização das entrevistas ocorreu ao término da aplicação dos instrumentos quantitativos, durante a fase de Trabalho de Campo que continha várias etapas e demandou vários encontros com os pacientes e suas famílias. Não houve direcionamento ou escolha dos sujeitos de pesquisa aos quais foi acrescentada a entrevista qualitativa. Ao todo foram realizadas 20 entrevistas cujas principais características, como: idade, ocupação do policial militar e informante estão disponíveis nas Tabelas 3 (11 responsáveis por crianças) e 4 (nove adolescentes entrevistados).

Tabela 3: Responsáveis por crianças entrevistados qualitativamente. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012

Crianças			Responsáveis		
Nomes (fictícios)	Idade (anos)	Sexo	Graduação	Situação do Militar	Tempo de Serviço (anos)
Caio/Mãe	5	M	Praça	Ativo/Externo	6 a 10
Davi/Mãe	7	M	Praça	Ativo/Interno	11 a 15
Érica/Mãe	6	F	Praça	Ativo/Externo	16 a 20
Gabriela/Mãe	4	F	Praça	Falecido	6 a 10 ⁱ
Igor/Mãe	11	M	Praça	Ativo/Externo	11 a 15
Maria/Mãe	2	F	Praça	Falecido	16 a 20 ⁱ
Otávio/Pai*	10	M	Praça	Ativo/Externo	26 ou +
Bruno/Mãe	4	M	Praça	Ativo/Externo	Até 5
Paula/Mãe**	9	F	Praça	Ativo/Externo	11 a 15
Roberto/Mãe**	5	M	Praça	Ativo/Externo	11 a 15
Tainá/Pai*	9	F	Praça	Ativo/Externo	11 a 15

*Militar Ativo. **Irmãos.

ⁱ tempo de serviço na ocasião do óbito.

Tabela 4: Adolescentes entrevistados qualitativamente, segundo variáveis sociodemográficas e diagnóstico. **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012.**

Nomes (fictícios)	Adolescente		Responsáveis		Adolescente
	Idade (anos)	Graduação Pai/Mãe	Situação do Militar/Serviço	Tempo e Serviço (anos)	Diagnóstico
Tiago	14	Pai Oficial	Ativo	21 a 25	TDAH ¹
Luís	14	Pai Praça	Falecido	11 a 15 ^a	TEPT ² /TOC ³ / Tique ⁵ /TDM ⁴
Nicolas	12	Pai Praça	Ativo/Interno	11 a 15	TDAH ¹
Sérgio	14	Padrasto Praça	Ativo/Externo	26 ou +	TEPT ² / TDM ⁴
Bernardo*	12	Pai Praça	Ativo/Interno**	16 a 20	TEPT ² / TDM ⁴
Flávia	15	Pai Praça	Ativo/Externo	21 a 25	TDM ⁴
Joana*	13	Pai Praça	Ativo/Interno**	11 a 15	TDAH ¹ / TDM ⁴
Bárbara*	16	Pai praça	Ativo/Interno**	11 a 15	TDAH ¹ /TBH ⁶
Viviane*	17	Pai Praça	Ativo/Interno**	16 a 20	TDM ⁴ /TEPT ²

*Foram entrevistados dois pares de irmãos. **Estes dois militares(pais de irmãos) encontram-se em serviço interno há menos de 3 anos, antes executavam serviço externo.

^a tempo de serviço quando faleceu. 1. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, 2. Transtorno de Estresse Pós- traumático, 3. Transtorno Obsessivo Compulsivo, 4. Transtorno depressivo Maior, 5. Transtorno de Tique Complexo, 6. Transtorno Bipolar do Humor e 7. Transtorno de Ansiedade Generalizada. Diagnósticos estabelecidos a partir do Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), (APA, 2000), baseados na avaliação clínica e dos instrumentos quantitativos.

A fase de realização das entrevistas foi interrompida tanto por ter sido ultrapassado o número inicialmente previsto, quanto por dificuldades práticas em conciliar a realização da pesquisa com o atendimento clínico necessário. Algumas entrevistas não foram realizadas por comprometimento clínico do adolescente, seja por questões cognitivas, questões inerentes ao diagnóstico psiquiátrico subjacente (ex: transtorno depressivo, transtorno disruptivo) ou por dificuldade em obter dados a partir do informante (e.g.: história social e afetiva complexa, prolixidade) que tornavam muito trabalhosas as fases anteriores do trabalho de campo, necessárias também para o atendimento clínico prioritário.

Poderíamos daí concluir que as entrevistas qualitativas teriam sido aplicadas aos casos menos complexos. Prevendo este possível viés, foram feitas várias tentativas nos encontros subsequentes, o que favoreceu a realização das entrevistas também com pacientes e responsáveis considerados como de abordagem inicial mais difícil. Para evitar a restrição das informações obtidas nas entrevistas, por vezes decorrente de

fatores inerentes aos transtornos psiquiátricos e às dificuldades de aplicação da entrevista e, ainda, à presença de três pares de irmãos na amostra, optamos por incluir as 20 entrevistas na análise.

As entrevistas foram gravadas pela própria autora com a autorização dos pacientes e de seus responsáveis de acordo com as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da ENSP, detalhadas nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram posteriormente transcritas, sendo uma parte pela autora e as demais por pesquisador com experiência em transcrições. Foram comparadas as transcrições ao texto e às realizadas pela autora, e as de ambas as fontes foram consideradas de boa qualidade e fiéis às entrevistas gravadas.

Foi feita a leitura flutuante das transcrições, seguida da separação das entrevistas por tipo de informante (adolescentes ou pais). As de adolescentes foram posteriormente separadas em masculinas ou femininas, já como tentativa inicial de identificar possíveis diferenças associadas ao sexo/gênero.

De acordo com Minayo (2010, p.316) na fase de “Constituição do Corpus” visamos atender o que a autora denomina “normas de validade qualitativa”: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência⁸⁶. Foi realizada leitura exaustiva das entrevistas buscando relacionar as falas dos entrevistados aos aspectos levantados nos roteiros. Seguindo esta etapa foram avaliadas as falas e foi verificado que atendiam as exigências quanto à sua representatividade e eram pertinentes em relação aos objetivos propostos.

A fase de Exploração do Material foi precedida por um retorno às questões iniciais do projeto, buscando rever as hipóteses e objetivos iniciais.

Aspectos Éticos

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública. Foi obtida também autorização pela instituição onde foi realizada a pesquisa.

Todos os responsáveis pelos entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seus filhos participassem da pesquisa, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos (Anexo 5). Os adolescentes foram indagados quanto ao interesse em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento do Adolescente (Anexo 6).

Por tratar-se de ambiente clínico, onde a pesquisadora realiza também o atendimento psiquiátrico dos entrevistados, foi incluído esclarecimento no Termo supracitado quanto a não interferência sobre o tratamento da criança ou adolescente nos casos de recusa ou aceitação em participar da pesquisa. Observamos que houve apenas uma recusa e que a paciente continua a ser acompanhada no ambulatório. Além de ter garantido o acesso ao tratamento no ambiente em que a pesquisa foi realizada existia ainda a possibilidade de apoio psicológico às crianças e suas famílias nos ambulatórios especializados, pertencentes à própria corporação (PMERJ).

A aplicação dos instrumentos de pesquisa deu-se de modo a preservar o sigilo, a confidencialidade, o respeito e o apoio a qualquer mal-estar que possa surgir nos participantes. Enfatiza-se que tais procedimentos já eram aplicados pela própria, enquanto médica assistente, durante os atendimentos nos quais tais temas eram comumente abordados.

Capítulo 4: RESULTADOS-ABORDAGEM QUANTITATIVA

Este capítulo compreende a apresentação dos dados sociodemográficos das crianças e suas famílias, incluindo informações ocupacionais dos pais policiais militares. Serão descritos os dados relativos à exposição à violência psicológica e aos outros tipos de violência (familiar, comunitária, urbana) nos adolescentes, obtidos a partir das escalas utilizadas. Serão apresentados também os resultados obtidos com a avaliação dos diagnósticos psiquiátricos nas crianças e adolescentes avaliados com o uso do K-SADS-PL.

4.1- Dados Sociodemográficos:

Serão apresentadas a seguir algumas características gerais das crianças, adolescentes e de suas famílias.

Características básicas:

As informações sociodemográficas relativas às **39 crianças e adolescentes** pesquisados foram obtidas em questionário respondido pelos pais na sala de espera ou em casa, após orientação. Os resultados estão descritos parcialmente na Tabela 5.

Há proximidade quanto à distribuição por sexo; a idade oscila entre 2 a 17 anos, com média de idade de 10,5 anos (DP = 3,81) na primeira consulta. Apenas seis crianças estão na fase pré-escolar (15,3%); há 12 (30,7%) crianças na faixa dos 7-11 anos e 21 (53,8%) entre 12 e 17 anos. Quanto à cor da pele, a maior parte (61,5%) é declarada por seus pais como sendo de cor branca; os demais são considerados pardos (35,9%) e uma é considerada preta (2,6%). No que se refere à escolaridade, 44,4% das crianças e adolescentes estão cursando a segunda etapa do ensino fundamental (do 6º ao 9º ano), 30,6% cursam a primeira etapa (1º ao 5º ano), 19,4% estão na pré-escola, 2,8% não estudam e 1 adolescente (2,8%) está cursando o ensino médio.

Em relação à estrutura familiar, pouco mais da metade dos pacientes (52,6%) vive com pai e mãe; em sequência vêm aqueles que vivem com a mãe (34,2%), seguidos pelos que moram com a mãe e com o padrasto (13,2%).

Quanto ao **número de irmãos**, 43,5% dos pacientes têm um, 30,8% têm dois, 15,5% têm entre 3 e 8 e 10,3% não têm nenhum. Observamos que dentre os pacientes que têm irmãos, 38,5% são filhos do mesmo pai e da mesma mãe; 48,7% têm irmãos de

diferentes casamentos do pai ou da mãe e em 5 casos não foi possível registrar a informação.

Tabela 5: Distribuição sociodemográfica das crianças e adolescentes incluídas no estudo. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012. N = 39

Variáveis	Itens	N*	% *
Sexo	Masculino	20	51,3
	Feminino	19	48,7
Idade	2-6 anos	6	15,3
	7-11 anos	12	30,7
	12-17 anos	21	53,9
Cor da pele	Branca	24	61,5
	Preta	1	2,6
	Parda	14	35,9
Escolaridade	Não estuda	1	2,8
	Pré-escola	7	19,4
	Fundamental 1	11	30,6
	Fundamental 2	16	44,4
	Ensino Médio	1	2,8
Estrutura Familiar	Vive com pai e mãe	20	52,6
	Só com mãe	13	34,2
	Mãe e padrasto	5	13,2
Nº de irmãos	Nenhum	4	10,3
	Um irmão	17	43,5
	Dois irmãos	12	30,8
	Três irmãos	3	7,7
	Quatro a oito irmãos	3	7,7

* Percentual válido (excluídos os dados não informados e os inválidos).

Quanto ao **número de crianças e adolescentes vivendo na mesma casa** que o paciente, observamos que 56,4% deles convivem com um irmão ou irmã na mesma casa; 5,1% moram com dois irmãos e 10,3% moram com três irmãos. Em onze casos não há informações sobre irmãos ou, se eles existem, não moram junto com o paciente entrevistado (28,2%),

A **renda das famílias** foi informada para 33 (84,6%) das 39. Segundo os Critérios de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2012)⁹⁷ tem-se que 23 destas famílias (69,7%) pertencem aos estratos sociais A e B. A média da renda familiar bruta situou-se em R\$ 3.232,12 (DP = 1855,58). A maioria das famílias (57,7%) têm renda inferior à média da renda bruta e apenas 2 têm renda correspondente à classe A. Outras

10 famílias (30,3%) pertencem às classes C+D+E (com renda média bruta familiar de R\$ 1.610,00 (DP: R\$ 341,40).

Em relação à **escolaridade paterna**, das 39 crianças e adolescentes pesquisadas, tem-se que apenas 9 (23,1%) dos genitores do sexo masculino têm o ensino superior completo, enquanto 30 (76,9%) declararam ter o ensino médio completo ou ensino superior incompleto. A **escolaridade materna** observada na amostra investigada mostra-se mais precária do que a verificada entre os pais. A maioria das mães (N = 20- 51,3%) tem ensino médio completo ou superior incompleto; doze (30,8%) têm ensino fundamental completo ou médio incompleto; apenas três têm ensino superior completo (7,7%) e uma (2,6%) é analfabeta. Há ainda três casos de mães (7,7%) que pararam de estudar entre a 4ª e a 7ª série do ensino fundamental.

Características Ocupacionais dos Pais e Responsáveis:

No que tange a **situação ocupacional dos pais** das crianças e adolescentes, tem-se que apenas duas crianças possuem *mães* que trabalham na polícia. Uma delas é oficial intermediária e está lotada em Unidade de Polícia Pacificadora, exercendo função operacional e a outra é praça e exerce atualmente função administrativa. Considerando-se todas as atividades laborais realizadas pelas 39 mães nos últimos doze meses, tem-se que dezesseis (41%) exerceram função laborativa com vínculo: além das duas policiais, há vendedoras, auxiliares administrativas, professoras de educação infantil, etc.; quinze não trabalharam fora (38,5%); seis trabalharam por conta própria (15,4%); uma (2,6%) estava desempregada e uma mãe não informou a respeito.

A quase totalidade dos pacientes (n = 38; 97,4%) tem genitor ou responsável do *sexo masculino* policial (Tabela 6). O único pai que não trabalha como policial exerce a função de taxista.

Vale ressaltar que apenas **em 2 casos as mães são policiais** sendo que, em um destes, ambos os pais são policiais militares, ocupando cargo de oficiais em batalhões operacionais e em outro a mãe é a policial e, conforme descrito acima, trabalha atualmente em serviço interno. Por essa razão, na descrição dos resultados desta dissertação ao nos referiremos aos "pais" policiais estaremos levando em consideração que a maioria é do sexo masculino. Ao falarmos das mães estaremos nos referindo, em geral, as esposas, companheiras, ex-esposas e viúvas de policiais militares. Exceções significativas serão apontadas, no que se refere às duas mães policiais.

A seguir apresentamos algumas informações sobre o **trabalho policial executado pelos pais** (especialmente aqueles do sexo masculino) das crianças e adolescentes.

Tabela 6: Dados dos Policiais Militares (pais e/ou mães dos pacientes incluídos neste estudo– N= 39) Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012

Variáveis	Itens	Pai (N = 38)		Mãe (N = 2)**	
		N	%*	N	%*
Escolaridade	Médio completo/Superior Incompleto	30	80,0	1	50
	Superior Completo	8	20,0	1	50
Cargo Policial	Recruta/Cabo/Soldado	9	23,7	0	0
	Oficial/Suboficial/Sargentos	29	76,3	2	100
Tipo de serviço	Externo	17	51,5	1	50
	Interno	16	48,5	1	50
Tempo de serviço	Até 5 anos	1	2,7	0	0
	6 a 10 anos	3	8,1	0	0
	11 a 15 anos	14	37,8	1	50
	16 a 20 anos	8	21,6	0	0
	21 a 25 anos	5	13,5	1	50
	26 anos ou mais	6	16,2	0	0
Situação Atual	Ativo	27	71,1	0	0
	IFP***	1	2,6	0	0
	Reformado	5	13,2	0	0
	Falecido	3	7,9	0	0
	Falecido em Serviço	2	5,3	0	0
Escala de Trabalho	Escala de 12/24hs	2	6,9	0	0
	Escala de 12/36hs	1	3,4	0	0
	Escala de 12/48hs	7	24,1	0	0
	Escala de 24/48hs	3	10,3	0	0
	Escala de 24/72hs	1	3,4	0	0
	Escala Expediente 40hs/semana	11	37,9	2	100
	Outros	4	13,8	0	0

* Percentual calculado exclui dados faltantes (não informados ou inválidos)

** um dos pacientes tem mãe e pai policiais, o nº absoluto poderá ser = 40 quando somados pais e mães e não houver dados faltantes.

*** Incapacidade Física Parcial.

Os recrutas, cabos e soldados correspondem a 23,7% da amostra enquanto os oficiais, suboficiais e sargentos correspondem a 76,3%. Destes últimos, apenas 3 são filhos de oficiais que ingressaram através da carreira própria e atualmente são oficiais

superiores da corporação. O restante é proveniente do corpo de praças (suboficiais e sargentos), a maioria com história de atuação operacional em serviço externo por longos anos, em muitos casos, no período correspondente à infância dos filhos.

A maioria dos pais tem **tempo de serviço** na Polícia Militar de 11 a 20 anos (N: 22). Quatro têm até 10 anos de serviço, enquanto que 11 têm acima de 20 anos (Tabela 6).

Quanto à **escala atual de serviço** dos pais observamos que 14 deles trabalham em regime de escala de serviço, conforme constatado na Tabela 6. Outros 11 declararam trabalhar em horário de expediente (40 horas semanais), em funções como instrução, corregedoria, administrativa, comando e planejamento.

Considerando o **tipo de serviço**, avaliamos apenas se o policial se encontra em **serviço interno ou externo** (operacional) e verificamos que 17 policiais encontram-se em serviço externo, 16 em serviço interno e 6 não informaram ou não encontram-se em atividade. Alguns destes policiais atualmente trabalhando em serviço interno e em horário de expediente têm histórico de ter desempenhado por muitos anos funções operacionais externas.

A maioria dos policiais encontra-se ativo (N = 27), cinco estão reformados, um encontra-se em Incapacidade Física Parcial, três estão falecidos por causas diversas e dois faleceram em serviço. A situação atual de um dos pais não foi informada.

4.2- Diagnósticos dos Transtornos Psiquiátricos nas Crianças e Adolescentes

Antes de iniciarmos a exposição dos resultados quanto aos diagnósticos obtidos com a aplicação do K-SADS-PL, serão descritos dados relevantes obtidos com a entrevista inicial ou anamnese e com as escalas de violências e que poderão contribuir para a compreensão dos demais resultados.

História Familiar de Transtornos Psiquiátricos

Neste item serão descritos dados da história familiar dos pacientes, principalmente relacionados à saúde mental dos familiares (Tabela 7), cujas informações foram obtidas durante a anamnese, sem o uso de instrumentos diagnósticos específicos. Foram considerados transtornos ou alterações presentes entre os familiares, de acordo com a gravidade do quadro descrito (episódios prévios, tratamento psiquiátrico ou psicológico, observação dos sintomas pela pesquisadora no caso de psicopatologia do informante, entre outros) ou com o impacto para a vida familiar e

para a criança.

Foram incluídas principalmente informações sobre familiares próximos (pais, irmãos, tios, avós e primos em 1º grau). Nos casos em que julgamos relevantes, foram descritos transtornos em outros familiares e o grau de parentesco será explicitado.

As mães foram as informantes em aproximadamente 85% dos casos e 13 das que responderam a este quesito informaram história atual ou pregressa de **transtorno depressivo** (Tabela 7).

Tabela 7: História Familiar de Transtornos Psiquiátricos. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012. N = 39

Tipos de Transtornos	Pai		Mãe		Outros		Parentesco
	N	%*	N	%*	N	%*	
Transtorno Depressivo	1	2,7	13	36,1	11	32,3	avó = 6, irmão = 3, tia = 2
Transtorno Bipolar do Humor	0	0	32	5,7	2	6	irmã = 1, irmão = 1
Transtornos de Ansiedade	0	0	5	14,2	1	2,8	irmã = 1
Abuso ou Dependência de Substâncias	3	8,1	1	2,7	3	8,1	tio = 2, irmão = 1
Transtornos Psicóticos	0	0	0	0	2	5,8	tio = 1, tio avô = 1
Comportamento explosivo/agressivo e humor lábil **	5	14,3	1	2,8	-	-	-
Abuso e Dependência do Alcool	8	22,8	0	0	4	11,4	avô = 3, tio = 1
História Familiar de Tentativa ou de Suicídio	0	0	0	0	4	11,4	irmão = 1, irmã = 1, tia avó = 1, bisavó = 1
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	1	3,0	1	3,0	4	12,1	irmã = 3, irmão = 1

* Percentual válido (excluídos os que não informaram ou dados inválidos).

** Informação fornecida de maneira espontânea, sem pergunta sistemática quanto a outros membros da família.

Transtornos de Ansiedade foram incluídos como um conjunto de transtornos e foram considerados como presentes ou significativos de acordo com o grau de sofrimento e prejuízo referido pelas informantes, já que estavam presentes em 14,2%

das 35 mães que prestaram informação a respeito. **Transtornos ansiosos** afetando os pais dos pacientes não foram descritos pelos (as) informantes. Cabe ressaltar que os sintomas de vários transtornos de ansiedade e de transtornos depressivos podem não ser percebidos por terceiros, tanto pela possível predominância de sintomas subjetivos ou internalizantes, quanto por manifestações não identificadas pela população geral como relacionadas a estes transtornos.

Observamos que 5 pais policiais, para quem não foi atribuído transtorno do humor, de ansiedade ou de abuso de substâncias, foram descritos como tendo **humor lábil e comportamento agressivo ou explosivo**, alterações descritas como comuns em pacientes com transtorno de estresse pós traumático e com outros transtornos como o bipolar do humor ou de abuso e dependência de substâncias ².

O **Transtorno de Abuso ou Dependência do Álcool** foi identificado como presente em 22,8% dos pais e o de **Abuso e Uso de Substâncias** em 8,1% deles e foram considerados presentes quando foi referido uso frequente com significativo impacto sobre as relações familiares e o comportamento.

Uma das mães teve o diagnóstico de déficit cognitivo leve (retardo mental) associado ao quadro depressivo, após avaliação no ambulatório de psiquiatria de adultos, devido à grande dificuldade de organização da rotina familiar e de compreensão das orientações. Uma das crianças do estudo tem o irmão mais novo com diagnóstico de autismo o que, conhecidamente, afeta a qualidade de vida da família⁹⁸. Segundo o relato de um dos informantes, uma das mães apresenta humor lábil e alterações de comportamento que são sugestivas de Transtorno de Personalidade.

O **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade** foi referido como presente em apenas 1 dos pais e 1 das mães, devido a referirem prejuízo atual associado a história de sintomas na infância, porém durante a anamnese outros pais e mães, principalmente os pais, referiram que eram desatentos na infância, com história de repetência escolar, embora não os tenham quantificado. A presença do Transtorno de Déficit de Atenção em 4 dos irmãos é significativa e acreditamos que, se fossem aplicados instrumentos diagnósticos apropriados aos familiares, haveria aumento da frequência do diagnóstico, assim como para os outros transtornos descritos. Tais dados sinalizam a comum existência de problemas relacionados à saúde mentalna família dos pacientes avaliados.

Vivência de Eventos Traumáticos pelos pacientes (K-SADS-PL)

Para melhor retratar a exposição de todas as crianças e adolescentes a situações de violência e situações potencialmente traumáticas descreveremos os resultados da seção do K-SADS-PL (Tabela 8), destinada a obter informações sobre eventos potencialmente traumáticos que fazem parte do rastreamento para Transtorno de Estresse Pós Traumático (Anexo 7, p.48). Estas informações foram prestadas tanto pelas crianças e adolescentes, quanto por seus pais.

Optamos por descrever na Tabela alguns dos eventos que foram considerados mais significativos. Várias crianças e adolescentes (N=11, 28,2%) informaram ter sofrido ou testemunhado acidentes de carro, porém em nenhum dos casos houve ferimentos ou gravidade do acidente e não foram observados sintomas de estresse agudo ou pós-traumático significativos após os eventos. Outros acidentes, como quedas, foram descritos por 4 pacientes (10,2%), mas também não foram considerados graves ou relacionados a sintomas. Incêndios e desastres naturais foram citados apenas por 1 paciente em cada caso e também não foram relacionados a sintomas.

A Tabela 8 destaca eventos relacionados à violência. Ao todo 36% das meninas (N = 7) testemunharam crimes ou transgressões violentas como assaltos, trocas de tiro, agressões com ferimento, entre outros, enquanto 3 destas (42%) foram também vítimas e corresponde ao total de vítimas de crimes entre as meninas (15,7%), portanto entre aquelas que foram testemunha estão as que foram também vítimas, em outros eventos. Entre os meninos, 3 (15%) testemunharam e outros 2 (10%), diferentemente das meninas, foram vítimas de crimes ou transgressões violentas.

Quanto à exposição a notícias traumáticas, considerada presente quando as crianças e adolescentes responderam positivamente à pergunta: *“você já recebeu alguma notícia de que alguém que você gostava estava muito doente ou tinha morrido de repente?”* observamos que 24 (61%) responderam positivamente. Observando o tipo de evento que teria gerado a notícia verificamos que em 7 casos os eventos eram relacionados a situações de violência (assassinato dos pais, assassinato de amigo, morte dos pais e assalto).

A respeito da vivência de **violência doméstica** (Tabela 8) as perguntas feitas às crianças e adolescentes foram: *“alguma vez seus pais (ou substitutos) já tiveram alguma briga muito feia entre eles, de se xingarem, ou de baterem um no outro? Qual foi a pior briga que eles tiveram? O que aconteceu?”*.

Tabela 8: Vivência de Situações de Violência e Eventos Traumáticos. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012. N = 39

Eventos Traumáticos	Meninos (N = 20)		Tipo	Meninas (N = 19)		Tipo	Total	
	N	%		N	%		N	%
Testemunha de transgressão violenta ou situação ameaçadora	3	15,0	Viu: tio assassinado = 1 estupro = 1 uso de drogas e roubos pelos pais biológicos = 1	7	36,0	Viu: assalto = 2 agressão grave a conhecido = 2 troca de tiros = 1 policial morto = 1 pessoa ser esfaqueada = 1	10	25,6
Vítima de Crime (transgressão violenta ou situação ameaçadora)	2	10,0	Assalto à mão armada = 2	3	15,0	Assalto = 1 Refém de assalto por 8hs = 1 Agressão e estupro = 1	5	12,8
Notícia traumática*	9	45,0	Falecimento e doença de parente e de amigo por causa não violenta = 9	8	42,0	Falecimento/doença de parente/amigo, causa não violenta = 8	17	43,5
Notícia traumática relacionada a eventos violentos	5	25,0	Assassinato do pai = 3 Morte dos pais biológicos = 1 Assassinato de amigo = 1	2	10,5	Pai foi vítima de assalto com troca de tiros = 1 Pai faleceu acidente de carro = 1	7	17,9
Violência Doméstica	10**	50,0	Viu discussões entre os pais com agressões físicas ou ameaças = 10**	11** *	57,9**	Viu discussões entre os pais com agressões físicas ou ameaças = 11	21	53,8
Abuso físico	7* *	35,0	Sofreu medida punitiva que resultou em marcas/machucados = 7	4	21,0	Sofreu medida punitiva que resultou em marcas/machucados = 4	11	28,2
Abuso sexual	0	-	Relato de sexo oral de 1 menino de 8 anos com criança da mesma idade.	3	15,7	Estupro = 1 Outro tipo = 2	3	7,6

* Tomar conhecimento de que alguém querido está gravemente enfermo ou faleceu.

** Dois destes casos não se referem ao período de convivência com o policial militar.

*** Um dos casos testemunhou agressão da mãe ao padrasto, não policial.

Estas mesmas perguntas eram feitas aos pais de forma adaptada e em momento diverso. Entre os meninos, 10 (50%) referiram ter presenciado brigas sérias, sendo que em dois casos elas ocorreram entre a mãe e o pai biológico, que não era o policial militar. Um dos meninos referiu que o pai chegou a solicitar que o ajudasse a agredir a mãe com o fio do ferro elétrico: “*ele queria dar um choque na mamãe*”. Outro menino relatou ter presenciado o pai apontar a arma para a mãe e que, desde então, coloca-se à frente do pai nas discussões.

Entre as meninas foi verificada violência doméstica em 11 casos (57,9%). Uma delas informou que, sempre que o pai chegava alcoolizado havia discussões e agressões. Por este motivo, ela e a irmã não dormiam enquanto o pai não chegasse e “tudo estivesse bem”. Duas adolescentes informaram que os pais brigavam e que “a mãe sempre abaixava a cabeça” até certa vez quando “foram para a delegacia”. Uma das adolescentes relatou agressões graves e frequentes do pai à mãe, com ferimentos que necessitaram de intervenção médica.

A vivência de **abuso físico** foi investigada a partir das seguintes perguntas: “*seus pais (ou substitutos) já bateram em você? Você já apanhou de ficar machucada ou com marcas no corpo? Já o machucaram de algum outro modo? O que aconteceu?*” e foi respondida por pais e crianças e adolescentes, sendo considerada como presente quando o relato era consistente por, pelo menos, um dos informantes. Observamos que na maioria das vezes houve concordância nas respostas de pais ou mães e filhos. Entre os meninos, sete (35%) informaram terem sofrido abuso físico e, destes, 2 ocorreram quando ainda não conviviam com os policiais. Um deles sofreu negligência e abuso físico pelos pais biológicos, falecidos, e o outro pela madrasta e pelo pai biológico. Entre as meninas, 4 (21%) informaram terem sofrido abuso físico. A autoria das agressões a meninos e meninas é variável entre pais e mães e várias mães referiram usar métodos punitivos físicos nos filhos. Algumas assumiram episódios de perda de controle com uso de força física.

Uma das adolescentes referiu que desde os 11 anos o pai passou a bater nela “*como se fosse um adulto, com socos e chutes*”. Um dos adolescentes relatou que o pai também o agride com socos e já o teria quase enforcado. Tal relato foi confirmado pela mãe, que referiu ter a impressão de que o marido trata o filho como “um bandido”.

O **abuso sexual** não foi relatado pelos meninos ou pelos pais destes, porém houve relato de experiência sexual de menino de 8 anos com colega de idade próxima que o teria chamado para “brincar de casinha”, brincadeira que consistia em sexo oral e

“em deitar pelado”. Entre as meninas, 2 referiram que foram vítimas de assédio por conhecidos (da igreja e da família) e que teriam “passado a mão na região genital” delas por cima da roupa. Já outra adolescente de 17 anos foi vítima de estupro pelo pai desde os 12 anos de idade.

Vivências de Violência Psicológica e Violência Doméstica, Comunitária e Urbana pelos adolescentes (Escala).

Violência Psicológica

Vinte e um adolescentes fizeram parte do estudo, mas apenas 19 responderam as escalas de violência: 9 meninas e 10 meninos. Os adolescentes eram indagados sobre a existência de alguém na família que tivesse praticado alguns dos seguintes comportamentos descritos na Tabela 9, ao longo da infância e adolescência (Anexo 4.2). Nesta tabela pode-se constatar alguns fatos como: a) meninas são mais frequentemente humilhadas por pessoas da família que os meninos, bem como se revelam mais vítimas de desinteresse familiar, são mais criticadas e desencorajadas; b) a frequência de violência psicológica é preocupante, especialmente para itens como críticas e ser chamado de burro, em que menos de 11% dos adolescentes nunca foram tratados de tal forma.

Distribuindo-se todos os resultados e discriminando em três grupos iguais: nível elevado de violência psicológica (33,3%); nível médio (33,3%) e nível baixo (33,3%), constata-se que mais meninas vivenciam a violência psicológica em elevado nível (44,4%, versus 22,2% entre os meninos). Dentre os que sofreram violência psicológica em nível médio, há 11,1% das meninas e 55,5% dos meninos. Dentre os que têm escore baixo de violência psicológica, estão 44,4% das meninas e 22,2% dos meninos.

Visando conhecer a exposição de crianças à violência em casa, na escola, na comunidade e em outros lugares por ela frequentados, avaliou-se a frequência dos eventos questionados na escala “Coisas que vi e ouvi” (Anexo 4.1) que foi respondida de forma completa por 17 adolescentes, 9 meninas e 8 meninos. Na Tabela 10 encontram-se os resultados referentes a alguns itens, que sinalizam a presença da violência nos ambientes de socialização infantis.

Tabela 9: Escala de Violência Psicológica por sexo. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012. N = 19

Itens	Categorias	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Humilhou você?	Sempre/quase sempre	1	11,1%	5	50,0%
	Às vezes\raramente	4	44,4%	0	,0%
	Nunca	4	44,4%	5	50,0%
Demonstrou falta de interesse por você?	Sempre/quase sempre	2	25,0%	5	50,0%
	Às vezes\raramente	2	25,0%	2	20,0%
	Nunca	4	50,0%	3	30,0%
Criticou você pelas coisas que faz e diz?	Sempre/quase sempre	3	33,3%	6	60,0%
	Às vezes\raramente	5	55,6%	4	40,0%
	Nunca	1	11,1%	0	,0%
Criticou você pela sua aparência e pelo modo como você se veste?	Sempre/quase sempre	2	22,2%	5	50,0%
	Às vezes\raramente	4	44,4%	3	30,0%
	Nunca	3	33,3%	2	20,0%
Não te elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?	Sempre/quase sempre	3	33,3%	3	30,0%
	Às vezes\raramente	3	33,3%	3	30,0%
	Nunca	3	33,3%	4	40,0%
Não te encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esporte)?	Sempre/quase sempre	2	22,2%	4	40,0%
	Às vezes\raramente	2	22,2%	0	,0%
	Nunca	5	55,6%	6	60,0%
Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?	Sempre/quase sempre	4	44,4%	3	30,0%
	Às vezes\raramente	1	11,1%	4	40,0%
	Nunca	4	44,4%	3	30,0%
Chamou você de nomes desagradáveis como “doido”, “idiota” ou “burro”?	Sempre/quase sempre	3	33,3%	5	50,0%
	Às vezes\raramente	6	66,7%	2	20,0%
	Nunca	0	0,0%	3	30,0%
Não acreditou em você (disse que estava inventando alguma coisa/mentindo)?	Sempre/quase sempre	2	22,2%	4	40,0%
	Às vezes\raramente	6	66,7%	4	40,0%
	Nunca	1	11,1%	2	20,0%
Disse a você que estava errado(a) quando disse ou fez alguma coisa?	Sempre/quase sempre	3	33,3%	3	30,0%
	Às vezes\raramente	4	44,4%	4	40,0%
	Nunca	2	22,2%	3	30,0%
Ignorou você quando procurava carinho?	Sempre/quase sempre	2	22,2%	2	20,0%
	Às vezes\raramente	3	33,3%	1	10,0%
	Nunca	4	44,4%	7	70,0%
Humilhou você fazendo piadas sobre seu corpo?	Sempre/quase sempre	3	33,3%	3	30,0%
	Às vezes\raramente	1	11,1%	2	20,0%
	Nunca	5	55,6%	5	50,0%

Tabela 10: Violência Familiar e comunitária(Coisas que Vi e Ouvi),segundo o sexo.Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012. N = 19

Alguns itens	Categorias	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Quantas vezes você ouviu tiros serem disparados?	Nunca	3	33,3%	0	0,0%
	1 - 3 vezes	4	44,4%	7	70,0%
	Mais de 4 vezes	2	22,2%	3	30,0%
Quantas vezes você viu tráfico de drogas?	Nunca	2	22,2%	6	60,0%
	1 - 3 vezes	3	33,3%	4	40,0%
	Mais de 4 vezes	4	44,4%	0	0,0%
Quantas vezes você viu alguém ser espancado?	Nunca	7	77,8%	5	50,0%
	1 - 3 vezes	0	0,0%	2	20,0%
	Mais de 4 vezes	2	22,2%	3	30,0%
Quantas vezes você ouviu adultos na sua casa gritarem um com o outro?	Nunca	0	0,0%	2	20,0%
	1 - 3 vezes	3	33,3%	3	30,0%
	Mais de 4 vezes	6	66,7%	5	50,0%
Quantas vezes você viu alguém ser baleado?	Nunca	9	100,0%	8	80,0%
	1 - 3 vezes	0	0,0%	1	10,0%
	Mais de 4 vezes	0	0,0%	1	10,0%
Quantas vezes você viu uma arma na sua casa?	Nunca	2	22,2%	1	10,0%
	1 - 3 vezes	3	33,3%	0	0,0%
	Mais de 4 vezes	4	44,4%	9	90,0%
Quantas vezes você viu adultos na sua casa baterem um no outro?	Nunca	6	66,7%	5	50,0%
	1 - 3 vezes	0	0,0%	1	10,0%
	Mais de 4 vezes	3	33,3%	4	40,0%
Quantas vezes você viu alguém puxar uma arma de fogo para outra pessoa?	Nunca	5	55,6%	7	70,0%
	1 - 3 vezes	3	33,3%	2	20,0%
	Mais de 4 vezes	1	11,1%	1	10,0%
Quantas vezes você viu alguém roubar alguma coisa da casa de outra pessoa ou de uma loja?	Nunca	4	44,4%	5	50,0%
	1 - 3 vezes	4	44,4%	2	20,0%
	Mais de 4 vezes	1	11,1%	3	30,0%
Quantas vezes você foi espancado?	Nunca	6	66,7%	6	60,0%
	1 - 3 vezes	1	11,1%	0	0,0%
	Mais de 4 vezes	2	22,2%	4	40,0%
Quantas vezes alguém ameaçou matar você?	Nunca	7	77,8%	8	80,0%
	1 - 3 vezes	2	22,2%	1	10,0%
	Mais de 4 vezes	0	0,0%	1	10,0%
Quantas vezes adultos na sua casa ameaçaram esfaquear ou atirar um no outro?	Nunca	8	88,9%	7	70,0%
	1 - 3 vezes	0	0,0%	2	20,0%
	Mais de 4 vezes	1	11,1%	1	10,0%

Observa-se a elevada frequência de atos como gritos e presença de armas nos domicílios, bem como de tiros, espancamentos e tráfico de drogas na comunidade. Analisando-se em conjunto os 26 itens da escala e discriminando-os em

três grupos de acordo com a distribuição em tercís, tem-se que há 35,3% dos adolescentes com exposição elevada à violência na família e comunidade, 29,4% tiveram exposição média e outros 35,3% dos adolescentes foram expostos de forma baixa à esta forma de violência. Distinguindo-os segundo o sexo, tem-se cenário desigual: 37,5% dos meninos tiveram escores elevados, em comparação a 33,3% das meninas; escores médios estão mais presentes entre os meninos (50%, comparados a 11,1% das meninas); no que se refere aos mais baixos escores, existem 55,5% de meninas neste perfil, comparados a apenas 12,5% dos meninos.

Diagnósticos de Transtornos Psiquiátricos

Os diagnósticos obtidos através da aplicação do K-SADS-PL encontram-se descritos na Tabela 11 e foram separados por sexo. Considerados conjuntamente meninos e meninas, 87,17% (N = 34) dos pacientes apresentavam pelo menos 1 transtorno psiquiátrico. Observamos que a idade média de início de sintomas (IS) nos meninos foi de 6,7 anos (DP = 3,2) e nas meninas foi de 7,5 anos (DP = 3,9). Já a média de idade de início de atendimento (IA) foi de 10,2 (DP = 3,4) anos para os meninos e 10,8 (DP = 4,2) anos para as meninas. Constatamos que diferença entre IA e IS é de 3,4 anos, significando que este foi o tempo médio entre o início dos sintomas do primeiro transtorno surgir (no caso daqueles com mais de um transtorno diagnosticado) e o início do tratamento. Dos 39 pacientes avaliados apenas 5 meninas (15,3%) não apresentavam qualquer transtorno psiquiátrico atual, enquanto que todos os meninos foram diagnosticados com algum tipo de transtorno (Tabelas 11, 13 e 14).

Quando consideramos os **transtornos do humor** presente observamos que 10,2% das crianças e adolescentes apresentam algum tipo de transtorno no momento da pesquisa e, se considerarmos aqueles com **Transtorno Depressivo Maior provável**, ou seja, aqueles que apresentam sintomas significativos mas não preenchem critérios para o transtorno (sintomas subclínicos), verificamos que 15,3% apresentam algum tipo de transtorno. Aproximadamente 13% dos pacientes preencheram critérios para **TDM** no passado.

Entre os pacientes com **Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT)** observamos que 23% apresentam o transtorno clínico, sendo 5 meninos e 4 meninas, enquanto sintomas subclínicos estão presentes em outros dois e história de TEPT prévio foi confirmada em três. O **Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)** foi diagnosticado em 20,8% das meninas. O **Transtorno de Ansiedade de Separação** foi

diagnosticado no presente em apenas 1 paciente (menino), porém foi confirmado como transtorno no passado em 4 (10,2%), 3 meninas e 1 menino.

Tabela 11: Diagnósticos de Transtornos Psiquiátricos (K-SADS-PL). **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012. N = 39**

	Meninos (N = 20- 51,2%)	Meninas (N = 19- 48,8%)	Total (N = 39- 100%)
Início de Sintomas (IS) (média em anos)	6,7(DP* = 3,2) (variação:4 a 15)	7,5 (DP = 3,9) (variação: 2 a 16)	7,1 -
Início de Atendimento (IA) (média em anos)	10,2 (DP = 3,4) (variação:2 a 13)	10,8 (DP = 4,2) (variação:2 a 17)	10,5 -
Diferença de (IA-IS) em anos	3,5	3,3	3,4
Diagnósticos			
Transtorno Bipolar do Humor (TBH) Atual(N; %)	2; 10,0	1; 5,2	3; 7,7
Transtorno Depressivo Maior Atual (TDM) (N; %)	2; 10,0	2; 10,4	4; 10,2
TDM Provável(N; %)	2; 10,0	4; 20,8	6; 15,3
TDM Prévio(N; %)	4; 20,0	1; 5,2	5; 12,8
T. de Estresse Pós Traumático (TEPT) Atual(N;%)	5; 25,0	4; 20,8	9; 23,0
TEPT Provável(N; %)	1; 5,0	1; 5,2	2; 5,1
TEPT Prévio(N; %)	2; 10,0	1; 5,2	3; 7,7
T. de Ansiedade de Separação (TASep) Atual(N;%)	1; 5,0	0; -	1; 2,5
TASep. Prévio(N; %)	1; 5,0	3; 15,7	4; 10,2
T. de Ansiedade Generalizada (TAG) Atual(N;%)	0; -	4; 20,8	4; 10,2
TAG Provável(N; %)	1; 5,0	1; 5,2	2; 5,1
Transtorno de Ansiedade Social (TAS) Atual(N;%)	0; -	1; 5,2	1; 2,5
Fobia Específica (FE) Atual(N; %)	1; 5,0	0; -	1; 2,5
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) Atual(N;%)	1; 5,0	0; -	1; 2,5
TOC Provável(N; %)	1; 5,0	1; 5,0	2; 5,1
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (N; %)	13; 65,0	7; 17,9	20; 51,2
Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) (N;%)	6; 30,0	1; 5,2	7; 17,9
TOD Provável(N;%)	0; -	2; 10,4	2; 5,1
Transtorno de Conduta (TC) Presente(N;%)	0; -	0; -	0; -
TC Provável(N;%)	1; 5,0	0; -	1; 2,5
Transtorno de Tiques Crônico (T. Tique) (N;%)	1; 5,0	0; -	1; 2,5
Transtorno Aprendizado da Leitura (TEL) (N; %)	1; 5,0	0; -	1; 2,5
Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (N; %)	2; 10,0	0; -	2; 5,1
Tartamudez(N; %)	1; 5,0	0; -	1; 2,5
Enurese noturna atual(N; %)	2; 5,0	0; -	2; 5,1
Sem transtorno(N; %)	0; -	5; 26,3	5; 12,8

*Desvio Padrão.

O Transtorno Desafiador de Oposição (TOD) está presente em 7 (17,9%) das crianças, com predomínio de meninos (N = 6). Entre as meninas, 1 apresenta TOD enquanto outras duas tiveram o diagnóstico de TOD provável. Nestes casos, as meninas apresentavam sintomas e comportamentos de desafio e oposição significativos, porém tinham também sintomas de transtorno do humor não permitindo a definição diagnóstica nesta fase inicial de avaliação.

De maneira semelhante o Transtorno de Conduta foi diagnosticado como provável em 1 dos meninos pois, apesar de sintomas presentes, existem sintomas de transtorno de humor associados ainda em abordagem terapêutica inicial.

Dois meninos apresentam Transtornos do Espectro do Autismo e ambos apresentam história de comorbidades (ocorrência simultânea de outro transtorno psiquiátrico): 1 com história de TEPT no passado e outro com TEPT atual.

O **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade** (TDAH) está presente em 51,2% das crianças e adolescentes avaliados. O diagnóstico foi feito a partir da anamnese, da aplicação do K-SADS-PL, dos relatórios escolares, da avaliação do paciente e das respostas de pais e professores ao questionário⁹⁹. Treze (65%) dos meninos e 7 (17,9%) das meninas apresentam TDAH.

Comorbidades

As comorbidades são frequentes em crianças com transtornos psiquiátricos^{8,42,53}. Observamos que, dos 39 pacientes avaliados 34 apresentavam pelo menos 1 transtorno psiquiátrico e, entre estes pacientes, 47% (N = 16) apresentavam pelo menos um outro transtorno comórbido. As descrições serão feitas separadamente para meninos e meninas e para os transtornos mais frequentes, apenas para diagnósticos no momento presente.

Ao avaliarmos os transtornos diagnosticados nos pacientes do sexo masculino observamos que todos tiveram o diagnóstico de pelo menos um transtorno no presente. Nove (45%) apresentaram 1 transtorno, 5 (25%) apresentaram 2 transtornos comórbidos e 6 (30%) apresentaram 3 transtornos comórbidos, como pode ser visto na Tabela 12.

Os transtornos mais frequentemente observados nos meninos foram o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH), presente em 65% dos meninos avaliados, e o Transtorno de Estresse Pós Traumático(TEPT), presente em 25%.

Tabela 12: Transtornos Psiquiátricos Atuais e Prévios nos Meninos. **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012.**

Nome (fictício) N = 20	Idade ao início das consultas	Idade no início dos sintomas	Transtorno atual 1	Transtorno atual 2	Transtorno atual 3	Transtornos prévios
Diogo	10	8	TDAH ¹	TEPT ¹	TEL ¹	TDM ¹
Caio	5	2	TASep ¹	–	–	–
Davi	8	2	TDAH	TOD ¹	–	–
Tiago	13	6	TDAH	–	–	–
Júlio	12	3	TEA ¹	–	–	TEPT
Igor	11	6	TDAH	–	–	–
Luís	14	8	TEPT	TOC ¹	T. Tique ¹	TDM
Hugo	8	6	TDAH	TOD	–	TDM
Nicolas	12	6	TDAH	–	–	–
Otávio	10	8	TBH ¹	–	–	TEPT
Bruno	4	3	TDAH	TOD	–	–
Roberto	5	4	TDAH	TOD ¹	–	–
Sérgio	14	13	TDAH	TEPT ¹	FE ¹	TDM
Antônio	10	6	TDAH	–	–	–
Bernardo	12	10	TEPT	TDM	–	–
Francisco	12	6	TDAH	–	–	–
Eduardo	4	3	Tartamud. ¹	–	–	–
Felipe	15	10	TDAH	TOD	TBH	TDM
Marcos	14	11	TDAH	TOD	TAAalcool ¹	–
Rafael	11	11	TEPT	TEA	FE	TASep

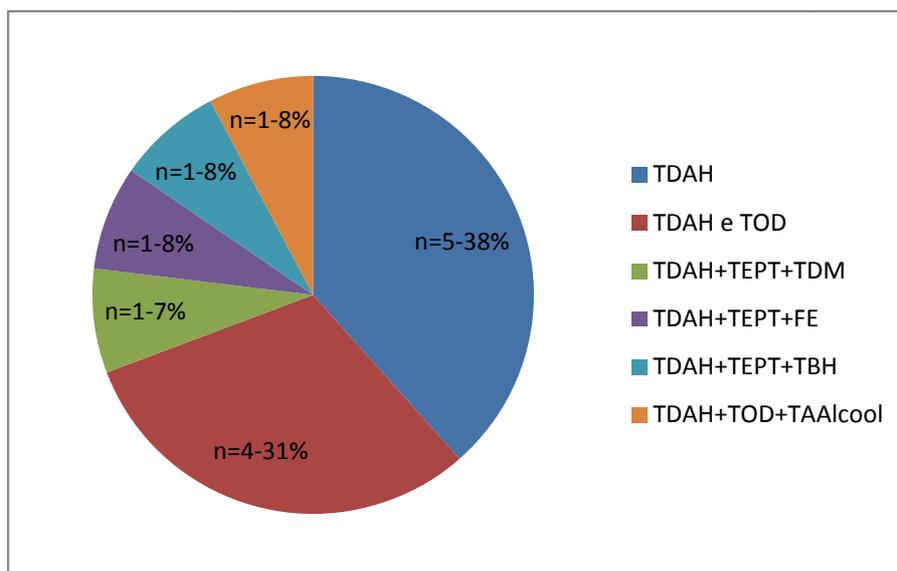
¹As siglas e abreviações estão descritas na Tabela 11.

Nas meninas (Tabela 13) os transtornos mais frequentes foram o TEPT (20,8%- N = 4), o Transtorno Depressivo (quando considerados também os casos prováveis,), o Transtornos de Ansiedade Generalizada e o TDAH.

Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH)

O TDAH está presente em 13 (65%) dos meninos e as comorbidades podem ser vistas na Tabela 13 e na Figura 1. Observamos que o TEPT está associado ao TDAH em 3 casos (23%) e o TOD está associado em 4 casos (31%).

Figura 1: Comorbidades do TDAH em Meninos. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012. N = 13



Nas meninas o TDAH está presente em 7 pacientes e as comorbidades podem ser verificadas na Tabela 14 e na Figura 2. Observamos que o TEPT está associado ao TDAH em 2 meninas (28,7%) e o TAG também está presente em 2 meninas, enquanto, diferentemente dos meninos, o TOD foi diagnosticado em apenas 1 menina (14%).

Figura 2: Comorbidades do TDAH em Meninas. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012, N = 7

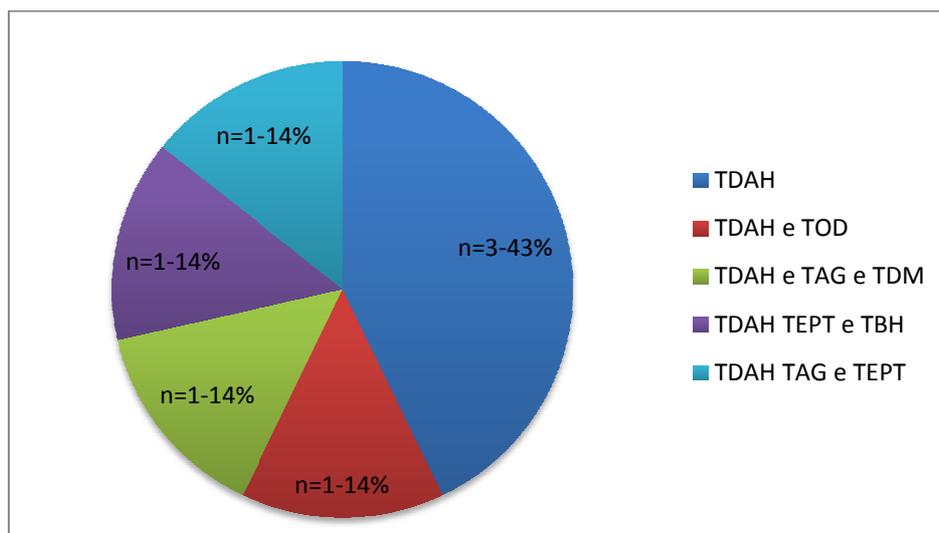


Tabela 13: Transtornos Psiquiátricos Atuais e Prévios nas Meninas. **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012.**

Nome (fictício) N = 19	Idade ao início das consultas	Idade no início dos sintomas	Transtorno atual 1	Transtorno atual 2	Transtorno atual 3	Transtornos prévios
Amanda	13	9	TAG ¹	–	–	–
Luísa	13	7	TAG	–	–	TASep
Patrícia	13	7	TAG	TDAH	TEPT	–
Erica	6	–	–	–	–	–
Flávia	14	2	T Adapt. ²	–	–	–
Gabriela	4	–	–	–	–	–
Carla	15	7	TAS	–	–	TASep
Priscila	12	11	TEPT	–	–	TASep
Joana	12	2	TDAH	–	–	–
Bárbara	16	11	TEPT	TDAH	TBH	TDM
Maria	2	–	–	–	–	–
Claudia	13	10	TAG	TDAH	TDM	–
Fernanda	6	–	–	–	–	–
Paula	9	6	TDAH	–	–	–
Tainá	8	4	TDAH	–	–	–
Camila	13	6	TOD	TDAH	–	–
Isadora	13	–	–	–	–	–
Giovana	7	–	–	–	–	–
Viviane	17	16	TEPT	TDM	–	TEPT

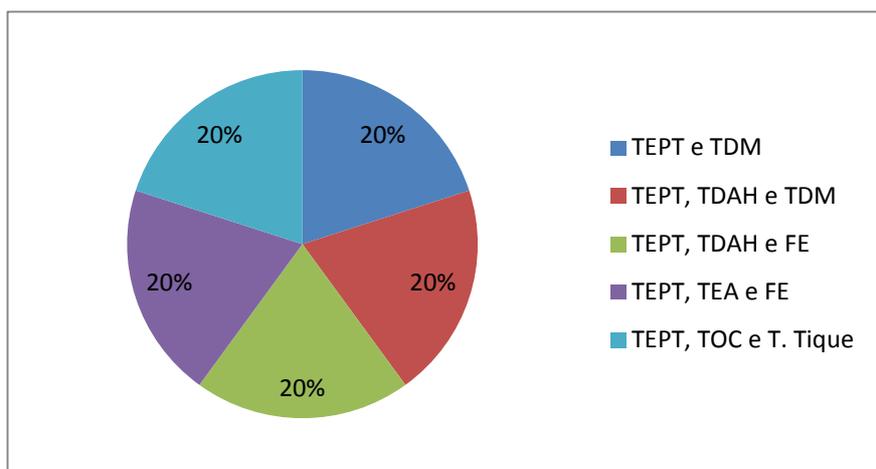
¹As siglas estão descritas na Tabela 11.

²Transtorno de Adaptação

Comorbidades do Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT):

O Transtorno de Estresse Pós Traumático está presente em 5 meninos e 4 meninas, que correspondem a 23% das crianças e adolescentes avaliados. Observamos que entre os meninos nenhum apresenta quadro isolado de TEPT, 1 deles apresenta comorbidade com TDM enquanto os outros 4 pacientes apresentam 2 transtornos além do TEPT (Figura 3).

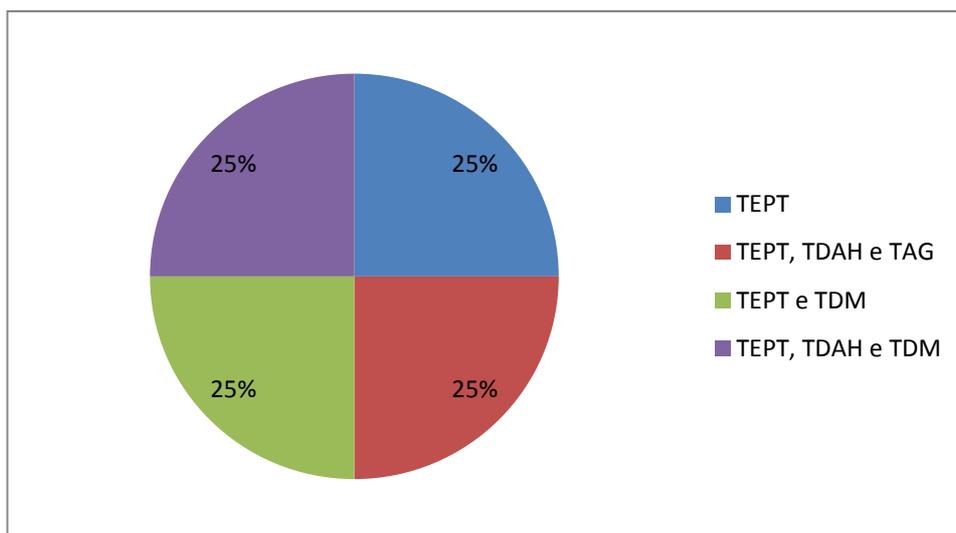
Figura 3: Comorbidade do TEPT em meninos. **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012, N = 5.**



Nas meninas observamos que apenas 1 apresenta diagnóstico isolado de TEPT, porém tinha história de Transtorno de Ansiedade de Separação no passado e as outras 3 meninas apresentam uma ou mais comorbidades (Figura 4).

Observando os casos de TEPT entre meninos e meninas verificamos que 4 (44,4%) apresentam também TDAH e 4 (44,4%) apresentam também TDM além de variadas associações com outros transtornos.

Figura 4: Comorbidades do TEPT em meninas. **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012, N = 4.**



Vivências de Violência e Presença de Transtornos Psiquiátricos

No presente item busca-se compreender as relações existentes entre vivenciar violência e apresentar transtornos psiquiátricos.

Escalas de Violência e Presença de Transtornos Psiquiátricos.

Como descrevemos anteriormente seis adolescentes tiveram escores elevados na Escala de Violência Psicológica e 5 deles também apresentaram escores elevados na escala de vivências de violência em casa, na família, urbana e em outros ambientes (Coisas que Vi e Ouvi), indicando a conjunção de formas de violência. Observamos que estes adolescentes apresentam pelo menos 2 transtornos psiquiátricos, com exceção de um deles, que apresenta atualmente apenas TDAH, mas com história de TDM no passado.

A metade (N = 3) apresenta TEPT; outros diagnósticos podem ser vistos na Tabela 14. Observamos que 4 deles têm história de ideação, comportamento ou tentativa de suicídio; vale apontar que o risco de suicídio não foi observado em crianças e adolescentes com escores baixos de Violência Psicológica. Outros diagnósticos observados são: TDAH, TBH, TOD, TDM.

Os adolescentes com escores baixos de violência psicológica apresentam menos comorbidades do que aqueles com escores elevados, conforme constatado na Tabela 15.

Tabela 14: Escore elevado de Violência Psicológica, Familiar e Comunitária e Transtornos Diagnosticados. **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012.**

Nome (fictício)	Idade	Violência Psicológica	Coisas que Vi e Ouvi	Diagnóstico atual 1	Diagnóstico atual 2	Diagnóstico atual 3	Diagnóstico prévio	Risco Suicídio
Joana	12	Alto	Alto	TDAH ¹	–	–	–	não
Bárbara	16	Alto	Alto	TEPT	TDAH	TBH	TDM	sim
Bernardo	12	Alto	Alto	TEPT	TDM	–	–	sim
Felipe	15	Alto	Alto	TBH	TOD	TDAH	TDM	sim
Camila	13	Alto	.	TOD	TDAH	–	–	não
Viviane	17	Alto	Alto	TEPT	TDM	–	TEPT	sim

Tabela 15: Escore baixo de Violência Psicológica, Familiar e Comunitária e Transtornos Diagnosticados. **Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012.**

Nome	Idade	Violência Psicológica	Coisas que Vi e Ouvi	Diagnóstico atual 1	Diagnóstico atual 2	Diagnóstico atual 3	Diagnóstico prévio	Risco Suicídio
Flávia	14	Baixo	Baixo	T. Adapt.	–	–	–	não
Carla	15	Baixo	Baixo	TAS	–	–	TASep	não
Priscila	12	Baixo	Baixo	TEPT	–	–	TASep	não
Júlio	12	Baixo	Baixo	TEA	–	–	TEPT	não
Claudia	13	Baixo	Médio	TAG	TDAH	TDM	–	não
Isadora	13	Baixo	Baixo	–	–	–	–	não

Observamos até aqui que na maioria dos casos existe concordância entre os escores elevados e baixos para as duas escalas o que sugere que haja uma confluência de formas de violência nas famílias estudadas.

Verificamos ainda que entre aqueles adolescentes com escore médio de Violência Psicológica (Tabela 16), apenas 2 apresentam comorbidades e apenas 1 apresenta risco de suicídio. Entre adolescentes com escores médios (N = 5) na escala Coisas que Vi e Ouvi, 3 (60%) apresentam comorbidades: o TDAH está presente em todos (N = 5), apenas um apresenta TEPT (relacionado a assalto) e nenhum apresentava risco de suicídio.

Vivência de Situações Traumáticas (K-SADS-PL) e Transtornos Psiquiátricos (Crianças e Adolescentes):

Observamos na Tabela 8 referente aos eventos traumáticos informados em resposta ao questionário para TEPT do K-SADS-PL que mais de 50% dos pacientes

referiram presenciar Violência Doméstica (VD), aproximadamente 30% informaram ter sofrido Abuso Físico, 25% informaram terem testemunhado Transgressões Violentas (TV) e 17% referiram ter recebido Notícias Traumáticas relacionadas a eventos Violentos (NTV).

Tabela 16. Escore Médio de Violência Psicológica, Familiar e Comunitária e Transtornos Diagnosticados. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012.

Nome	Idade	Violência Psicológica	Coisas que Vi e Ouvi	Diagnóstico atual 1	Diagnóstico atual 2	Diagnóstico atual 3	Diagnóstico prévio	Risco Suicídio
Luísa	13	Médio	Baixo	TAG	–	–	–	Não
Tiago	13	Médio	Médio	TDAH	–	–	–	Não
Luís	14	Médio	Alto	TEPT	TOC	T Tique	TDM	Sim
Nicolas	12	Médio	.	TDAH	–	–	–	Não
Sérgio	14	Médio	Médio	TEPT	FE	TDAH	Enurese	Não
Francisco	12	Médio	Médio	TDAH	–	–	–	Não

Observamos que todos os seis pacientes com escores elevados para as escalas de Violência Psicológica e Coisas que Vi e Ouvi informaram a presença de Violência Doméstica (VD) aferida pela K-SADS-PL e que em mais de 60% destes casos estava presente também o Abuso Físico (AF) da criança ou adolescente. Verificamos que a VD está presente em 6 (66,6%) dos 9 casos de TEPT. Descrevendo de forma alternativa, entre as 22 crianças e adolescentes que referiram VD (N = 22), 6 (27%) apresentaram como diagnóstico, pelo menos, o TEPT.

As crianças e adolescentes com história de VD também estiveram expostas a outras situações traumáticas de forma variável. Observamos que o Abuso Físico está presente em aproximadamente 30% de todas as crianças e adolescentes da amostra. Quando observamos a ocorrência de AF em associação com VD verificamos que o AF está presente em 10 dos 22 casos de VD, enquanto que, naqueles que negaram VD (N = 17), o AF foi referido apenas por 1 paciente, o que significa que o Abuso Físico das crianças ocorreu mais (7.7 vezes) entre aqueles que presenciaram violência entre os pais (RP = 7,7; IC^{95%} 1,1 – 54,6).

Tabela 17: Diagnósticos e outras situações traumáticas também vividas por crianças e adolescentes com história de Violência Doméstica. Ambulatório de Psiquiatria Infantil do HCPM-RJ, 2012.

Nomes (fictícios)	Idade	Vítima								
		Diagn ¹ . atual 1	Diagn ¹ . atual 2	Diagn. ¹ atual 3	Diagn ¹ prévio	Viu crime	de Crime	Notícia Traumática	Abuso Físico	Abuso Sexual
Amanda	13	TAG ²	–	–	–	Não	Não	Sim	Não	Sim
Luísa	13	TAG	–	–	TASep	Não	Não	Não	Não	Não
Patrícia	13	TAG	TDAH	TEPT	–	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Davi	8	TDAH	TOD	–	–	Não	Não	Sim	Sim	Sim*
Priscila	12	TEPT	–	–	TASep	Não	Não	Sim	Não	Não
Júlio	12	TEA	–	–	TEPT	Não	Não	Sim	Sim	Não
Igor	11	TDAH	–	–	–	Não	Não	Sim	Não	Não
Joana	12	TDAH	–	–	–	Sim	Não	Não	Não	Não
Bárbara	16	TEPT	TDAH	TBH	TDM	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Luís	14	TEPT	TOC	TTique	TDM	Sim	Não	Sim	Não	Não
Hugo	8	TOD	TDAH	–	TDM	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Maria	2	–	–	–	–	Não	Não	Não	Não	Não
Nicolas	12	TDAH	–	–	–	Não	Não	Sim	Não	NI**
Paula	9	TDAH	–	–	–	Não	Não	Sim	Sim	Não
Roberto	5	TOD	TDAH	–	–	Não	Não	Sim	Não	Não
Tainá	8	TDAH	–	–	–	Não	Não	Não	Não	Não
Bernardo	12	TEPT	TDM	–	–	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Francisco	12	TDAH	–	–	–	Não	Não	Sim	Sim	Não
Felipe	15	TBH	TOD	TDAH	TDM	Não	Não	Não	Sim	Não
Camila	13	TOD	TDAH	–	–	Não	Não	Sim	Não	Não
Giovana	7	–	–	–	–	Não	Não	Sim	Não	Não
Viviane	17	TEPT	TDM	–	TEPT	Sim	Sim	Não	Sim	Sim

*situação de contato sexual com criança da mesma idade. **Não Informou.¹ Diagnóstico.

² as siglas estão descritas na Tabela 11.

Capítulo 5: RESULTADOS- ABORDAGEM QUALITATIVA

Neste capítulo estão apresentados dados das entrevistas realizadas: 11 delas com os pais e 9 com os adolescentes. Foram definidas **cinco categorias de análise** a partir das falas e dos temas surgidos nas entrevistas, tendo como base o tema: “Atividade profissional - Policial Militar”, que foi norteador dos roteiros das entrevistas. As categorias serão descritas detalhadamente nos itens a seguir: a) Profissão de Risco, b) Profissão Violenta, c) Corrupção e Honestidade, Imagem e Mídia, d) Família “Policial Militar” (arma, escala, risco familiar, salário, apoio social e institucional) e e) Estresse Profissional e Comportamento em Casa. Cada categoria será apresentada descrevendo a visão dos adolescentes seguida da dos pais ou mães das crianças.

5.1. Categoria-“Profissão de Risco”

Falas relacionadas a esta categoria estiveram presentes em diversas entrevistas e a categoria foi nomeada a partir da fala de Flávia que, ao ser perguntada sobre o trabalho do pai, referiu considerá-la como uma “profissão normal, boa”. Porém, quando perguntada se gostaria de ser policial referiu que não, pois esta seria uma “profissão de risco”.

Adolescentes

Por ser a primeira categoria descrita incluiremos na descrição abaixo os dados sobre o contexto dos adolescentes (idade, fatos significativos relacionados às falas e os transtornos psiquiátricos diagnosticados) que podem servir para o melhor entendimento também das demais categorias. Separaremos em quadros as histórias de cada criança e adolescente para facilitar a leitura (os nomes citados são fictícios).

Tiago

Adolescente de 14 anos, filho de oficial que trabalha atualmente coordenando a segurança de autoridades públicas, foi o único a referir que não acha perigoso o trabalho do pai. Transmitiu a percepção de que o pai estaria protegido pela função atualmente exercida. Porém uma possível contradição seria a cautela demonstrada pelo adolescente, que referiu ter “cuidado” e preferir contar sobre a profissão do pai apenas para “os amigos de verdade”, evidenciando que considera os possíveis riscos, apesar de minimizá-los e atribuí-los a outras funções policiais: *“às vezes aviso a ele, pra ele tomar cuidado, mas levo numa boa. Eu sempre acho que nunca é meu pai, sei lá. Eu nunca*

penso que um policial morreu no local que meu pai trabalha, eu não vou pensar que é ele. Eu vou ligar para ele e falar: deve estar agitado pra caramba aí!”

Relatou que quando era mais novo e o pai fazia supervisão nas “favelas ou comunidades”, costumava ver a mãe preocupada e que esta o fazia rezar antes de dormir. Repetidamente a fala do adolescente sugere que deseja parecer não ter medo ou achar a profissão “natural ou normal”, porém em resposta seguinte refere: “*eu acho que não é mais perigoso não*”, embora nas falas anteriores não tenha reconhecido o perigo, parecendo revelar a preocupação ao negá-la. Pode-se perceber uma estratégia de lidar com o risco da profissão do pai aproximando-se dos fatos sem revelar explicitamente medo, colocando-se em situação de parceria com o pai, mas não deixando de se certificar de que o mesmo está bem. Tal percepção de maior segurança por este adolescente poderia estar relacionada também ao nível de escolaridade dos pais, à boa coesão familiar e ao nível socioeconômico, citado pelo próprio entrevistado, que considera o “salário bom”. Estes fatores poderiam também contribuir para uma sensação geral de bem estar e para a compreensão da posição do pai como segura.

Bernardo

Doze anos, referiu espontaneamente que sentia “*medo do pai não voltar quando saía pro trabalho*”. Afirmou que não revela a profissão do pai, pois tem “*medo que seja morto*”. Referiu ainda “*medo de ser filho de policial, pois podem matar sua família*”. Alegou que a “*PM é indiscreta*”, *percebe o policial como vulnerável, pois vê os policiais como alvos e afirma que “a PM deveria agir disfarçada*”. Portanto percebemos que, apesar do desejado aumento da sensação de segurança e do efeito preventivo da presença ostensiva da polícia militar, para uma parcela da população representada pelos familiares dos policiais, esta forma de atuação poderia ser geradora de preocupação e medo.

Bernardo relatou diversos episódios de violência doméstica com conflitos entre os pais, além de ter referido episódio violência sexual do pai contra a irmã adolescente, fato que teria precipitado a separação conjugal e a prisão do pai. Tais fatos estariam relacionados a diversos fatores, cuja complexidade não permite que tiremos conclusões definitivas a respeito, porém consideramos significativo o relato. Nota-se que, mesmo após estes fatos, Bernardo mantém a preocupação com a integridade do pai e de sua família, relacionada ao fato de o pai ser policial. Foi atendido no ambulatório com quadro de

Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Estresse Pós-Traumático, com história de duas tentativas de suicídio.

Nicolas

Também com 12 anos, referiu que não revela a profissão do pai a “estranhos”, responde que o pai é “taxista”. Alega ter medo de que ele seja baleado por bandidos, caso seja identificado como policial militar durante assalto: *“tá andando no carro dele, aí o bandido vai lá, assalta, aí pega a carteira, aí pode ver que é policial. Aí pode dar um tiro nele, assim.”* Relata que todos na família têm o mesmo medo. Apesar das preocupações e do medo, Nicolas expressa o desejo de ser policial e vê como vantagens da profissão poder *“andar por aí, prender bandidos e aparecer na TV”*. Observa-se que ao mesmo tempo em que refere possíveis limitações aos deslocamentos e atividades do pai, Nicolas associa a imagem de policial a situações de poder e liberdade, apesar do risco.

Ao analisarmos o histórico de atuação do pai, verificamos que o mesmo exerce funções internas e burocráticas de longa data, o que sugere que a visão do menino sobre a atuação policial se origine do senso comum, somada à fase do desenvolvimento (início da adolescência), como sugere a importância dada a aparecer “na TV” e a idealização da possibilidade de “andar por aí”. Identificamos em Muniz (1999, p.184)⁹³ outra possibilidade para a descrição de liberdade e de poder de circular atribuídas ao trabalho do pai por Nicolas, na observação de que a sensação de *“estar solto pelas ruas”*, exposto a eventos imprevisíveis e experimentando uma liberdade especial de transitar em diversos mundos, inclusive o do crime, compensaria alguns dos aspectos negativos e extenuantes do trabalho policial.

Sérgio

Quatorze anos, referiu ter medo quando o padrasto (que assumiu a função paterna quando o adolescente tinha apenas 3 anos) sai para o trabalho, pois refere não saber *“se ele vai voltar.”* Esta frase foi dita por vários adolescentes entrevistados, porém observa-se neste adolescente a tendência de relacionar notícias sobre corrupção e morte de policiais diretamente ao medo de que o padrasto seja a vítima. Definiu a profissão de policial militar como “ruim” pelo risco de morte precoce: *“policial é um trabalho, trabalho ruim. Pode acabar morrendo cedo.”* Sérgio relata sentir-se observado no local onde a família

vive, pois há convivência próxima com traficantes, e que todos saberiam que há um policial na sua família.

Além desta convivência próxima com situação de risco, o adolescente foi trazido ao ambulatório por sintomas compatíveis com Transtorno de Estresse Pós Traumático após assalto perto de casa, associado a sintomas depressivos. Tais sintomas podem justificar o predomínio de respostas relacionadas ao medo, à sensação de que o padrasto pode não retornar do trabalho e às respostas curtas, com frequência constituídas pela palavra “não”, tornando necessário que a pesquisadora insistisse ou mudasse as perguntas. De forma contraditória referiu que ao ser perguntado na escola sobre a profissão do padrasto informaria corretamente: “falo normal” e negou quando questionado sobre ter sido orientado sobre como agir a respeito. Relatou que depois de revelar aos colegas estes passaram a dizer, em forma de brincadeira, que o padrasto poderia “levar um tiro”, ao que reagiu com tranquilidade.

Luís

Quatorze anos, conviveu com o pai apenas até os 5 anos de idade, quando este foi assassinado durante assalto a banco, enquanto realizava serviço extra. Ao ser perguntado se gostaria de ser policial o adolescente respondeu que já tinha considerado esta possibilidade, mas que desistiu, pois considera que *“o policial morre mais rápido, tem que subir em favela, acaba tendo risco de ter bala perdida.”*

Luís apresenta quadro psiquiátrico grave, com várias comorbidades, cujos sintomas se iniciaram aos 6 anos, após o falecimento do pai e se agravaram após o assassinato do tio materno, dois anos depois. A entrevista foi realizada durante a internação do adolescente, por aproximadamente um mês, devido a sintomas depressivos e ansiosos importantes, história de Transtorno de Estresse Pós Traumático, sintomas de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e tiques.

Houve grande comprometimento da vida familiar devido às situações de violência, agravado por déficit cognitivo leve materno associado a transtorno depressivo, com sintomas também iniciados após a morte do pai de Luís, com consequente queda da renda e exposição à violência grave e frequente na comunidade onde vivem.

Bárbara

Dezesseis anos, alegou que a vida e o trabalho do policial não são valorizados por ele ou pelas outras pessoas, insistiu no termo “brincadeira” para a forma com que lidam com a vida. Considera que os policiais “*brincam com a vida*” e que deveriam cumprir a missão profissional de preservá-la, mas não o fazem: “*assim, a pessoa vai, sai, daqui a pouco vai viver ou morrer. É uma brincadeira, as pessoas estão brincando e não tentando ajudar.*”

Descreveu episódio em que retornava da escola com o pai e depararam-se com viatura da polícia que tinha sido atingida por tiros e na qual encontrava-se um policial morto. Refere que o pai teria dito: “*olha, isso acontece, as pessoas morrem, meu trabalho é assim.*” Aparenta ressentir-se com a banalização do fato pelo pai, pela ausência de cuidado em relação ao impacto causado à filha. Bárbara referiu que quando pequena se preocupava quando o pai ia trabalhar, mas que atualmente deseja “*que ele morra, que não volte mais pra fazer alguma coisa com a minha mãe.*”

Observamos possível ambivalência quando Bárbara refere não revelar que o pai é policial. Apesar do nível de percepção de risco demonstrado em toda a entrevista e de comentar que a mãe sempre a orientou a não contar a profissão do pai, alega não saber o motivo para não revelar; parece resistir a assumir que preocupa-se com a segurança do pai. Alegou informar que o “*pai é professor de tiro*”, demonstrando divertir-se com a impressão causada nos outros que, de acordo com a sua descrição, acabariam por concluir que seu pai é policial.

Bárbara presenciou diversas agressões físicas do pai à mãe, foi vítima de agressões físicas e psicológicas pelo pai desde os 11 anos, quando se iniciaram os sintomas de transtorno do humor. Está em tratamento para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) e Transtorno Bipolar do Humor (TBH), com história de ideação suicida e episódios de automutilação. Os pais estão separados e foi expedida medida judicial para impedir o pai de se aproximar da mãe de Bárbara, porém ela relata que a medida não é respeitada.

Flávia

Quinze anos, referiu ficar preocupada durante as operações policiais. Alegou que quando há notícias sobre mortes de policiais ou situações em que estes se envolvem em crimes reage “*como se fosse uma notícia normal*”, mas que avisa para o pai “*ter cuidado*”. Observa-se tendência a demonstrar que percebe a profissão do pai como “*normal, boa*”,

porém quando perguntada se gostaria de ser policial refere que não, pois é uma “profissão de risco”. Flávia percebe que o irmão de 8 anos fica frequentemente preocupado com o pai e pede para que ele não vá para o trabalho: “*no outro dia ele também falou comigo que fica preocupado dele não voltar, que só quer dormir com ele, dos bandidos pegarem ele.*” Ela lembra de ter sentido medo muitas vezes quando pequena: pensava que ele não ia voltar. “*Teve uma vez que ele demorou muito, aí eu fiquei chorando em casa, porque ele demorou muito, muito mesmo. Aí ele só chegou mais ou menos quase que de madrugada, que eu acho que ele tava numa delegacia aí com um bandido aí eu fiquei preocupada com ele, mas quando ele chegou ficou tudo bem.*”

Atualmente a preocupação se mantém quando há operações que envolvem a área do batalhão em que ele trabalha. Observa-se que com o crescimento de Flávia houve modificação de atitude em relação à profissão paterna, pois passou a contar aos amigos sobre ela, apesar das orientações dos pais. É perceptível que Flávia evita falar sobre detalhes do trabalho do pai, talvez como estratégia de defesa para conviver com o medo e o risco. Está em tratamento de TDM, tem história familiar positiva para transtornos do humor e o irmão encontra-se em tratamento de TDAH. Os pais vivem juntos e não há história de violência familiar.

Joana

Treze anos, referiu que tinha medo quando o pai trabalhava “em morro”. Relatou que percebia medo e preocupação na mãe e na avó paterna quando o pai ia trabalhar. Contou que quando havia notícias a respeito de morte de policiais a mãe “*ligava pra ele e pra todo mundo, ficava nervosa, chorava*” e que a avó “*rezava*”. Não revela que o pai é policial, considera perigoso falar “*pra todo mundo*”. Joana presenciou episódios de violência entre os pais e sofreu violência psicológica por parte do pai. Está em tratamento de TDM e TDAH. A mãe está em tratamento de TDM e a irmã em tratamento de TBH e TDAH

Viviane

Dezessete anos, referiu que se preocupava quando o pai saía para trabalhar “devido à carreira dele”, relatou também preocupação quando assistia notícias sobre policiais

vitimados ou envolvidos com crime. Viviane disse que já pensou em ser policial, mas que o pai a teria feito desistir por considerar a profissão muito perigosa. Viviane respondeu a entrevista com frases curtas, aparentando desconfiança e certa apatia.

Foi encaminhada ao ambulatório de psiquiatria por insônia, irritabilidade, desânimo e desinteresse, com ideação suicida e história de tentativa de suicídio. Viviane referiu que teria sido vítima de abuso sexual pelo pai desde os 12 anos, mas alegou que não teria revelado os abusos por “*ter medo da arma*” e também devido aos diversos episódios de violência doméstica. Segundo o relato da adolescente, um dos episódios de violência sexual teria sido testemunhado pelo irmão, que o teria revelado à mãe, com consequentes denúncia policial, prisão do pai e separação conjugal.

“Fiquei pela rua, queria sumir. Pensava muito em me matar.”

Viviane está em tratamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno Depressivo Maior. No início do tratamento referia irritabilidade, insônia, desânimo e preocupações, com queda do desempenho escolar desde os 10 anos. Alegou não conseguir “*confiar em ninguém*” e que teria terminado o namoro, pois não consegue se “*sentir próxima*” de alguém: “*me preocupo com tudo. Sou muito desconfiada, tenho poucos amigos.*”

Amanda

Treze anos, não referiu situações relacionadas a risco ou preocupações com a profissão do pai. Os pais separaram-se quando Amanda tinha menos de um ano e ela relatou que o pai sempre foi ausente e que, apesar de morarem no mesmo bairro, não participava de sua vida. Foi encaminhada ao ambulatório por sentir-se “*muito nervosa*”, com preocupações e estresses frequentes. Teve diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Referiu que o pai teria assassinado a primeira esposa e que a mãe o teria conhecido na igreja. Que logo após o casamento e também durante a gravidez o pai “*maltratava*” sua mãe e as brigas eram frequentes.

Crianças (entrevistas realizadas com pai ou mãe)

Foram entrevistados pais ou mães de 11 crianças, entre 4 e 11 anos, de idade. Os dois pais entrevistados são policiais militares ativos enquanto as mães são esposas, ex-esposas ou viúvas de policiais.

Caio

Menino de 5 anos, foi encaminhado ao ambulatório de psiquiatria por sintomas de intolerância a frustração, preocupação frequente com a ordem e simetria de objetos e rituais envolvendo a necessidade de repetição de atitudes e frases. A mãe foi a informante da entrevista, os pais estão separados há 3 anos e não há relato de conflitos familiares. O pai participa ativamente da educação de Caio. A mãe referiu que pai contou sobre a profissão com “receio” de que a criança contasse “pra todo mundo”. Ao ver policiais na rua, Caio pergunta se é assim que o pai trabalha e quando a mãe confirma, costuma responder: *“mas é um segredo, ele falou que não pode ficar falando pra todo mundo não.”* Observamos que apesar de ter apenas 5 anos, Caio teria entendido que era “segredo” e falava apenas com a mãe a respeito. A mãe relatou que a família *“se preocupa o tempo todo”* com a segurança do pai, mas alega que a preocupação não seria explícita e que a criança não perceberia.

Érica

Seis anos de idade. A mãe referiu preocupação constante com a segurança do marido no trabalho. Alegou não conseguir relaxar enquanto ele não chega, mas refere *“não passar isso para a criança.”* Assim como a mãe de Caio, pareceu ter pouca percepção do impacto de sua própria ansiedade sobre a filha. Érica foi encaminhada ao ambulatório por sintomas ansiosos e dificuldades com a alimentação que não preencheram critérios para transtorno psiquiátrico. O pai de Érica trabalha em serviço policial externo há mais de 10 anos.

Gabriela

Menina de 4 anos, foi encaminhada ao ambulatório pois, de acordo com a avaliação da escola não estaria acompanhando os colegas na realização das tarefas. O pai faleceu em acidente de carro quando ela tinha 1 ano e na ocasião sua mãe estava grávida de seu irmão. Este teve diagnóstico de autismo antes dos 2 anos de idade. Houve atraso no início escolar de Gabriela, tanto pelo falecimento do pai quanto pela necessidade de suporte ao irmão.

A mãe de Gabriela, ao ser perguntada sobre a ocupação do marido, referiu que havia risco relacionado ao uso do transporte público por policiais. Alega que, antes de ser instituído o RioCard (regulamentado em 2010), a necessidade de ter carro e o gasto com combustível oneravam a família e influenciavam na existência do segundo emprego, que despertava muitas vezes mais preocupação do que o serviço mais recente do marido na polícia (serviço interno).

Observamos que a sensação de segurança da entrevistada aumentou quando o marido passou a trabalhar sem farda e a ir de carro para o trabalho. Com esta mudança ficou subentendido o risco da violência urbana, pois passou a comparar esta preocupação àquela existente para outras profissões.

Davi

Menino de 8 anos. A mãe informou que ele pergunta sobre o trabalho do pai e sobre os perigos envolvidos. Relatou episódio em que assistiram notícia sobre a morte de um policial enquanto Davi se arrumava para a escola e que o menino teria perguntado: *“mãe, ele hoje não está trabalhando, não é?”* e acrescentado: *“ai meu Deus, proteja o meu pai sempre porque eu tenho um medo de perder meu pai”*. Relata que quando o marido *“trabalhava na rua”*, havia grande preocupação: *“a gente sofria toda hora”*. Refere que após a transferência para serviço interno passaram a lidar com mais tranquilidade com notícias relacionadas. Relatou ainda que o marido não teria permitido que ela ou a sobrinha fizessem concurso para a polícia: *“ele falou que policial correr risco já basta ele.”* Davi foi encaminhado ao ambulatório por sintomas de TDAH com características de oposição e desafio. O pai tem duas famílias entre as quais *“se reveza”* nos fins de semana, situação que não é bem aceita pela criança.

Bruno

Quatro anos. A mãe disse que não transmite para o filho o medo que tem da profissão do marido. Assim como outras mães, afirma que conseguiria evitar que os filhos percebam suas preocupações. “– *não, eu não passo pra ele, eu não passo essa preocupação que eu tenho, esse medo que eu tenho eu sempre tive, eu não passo pra ele, mesmo porque ele fala que ele vai ser polícia também.*” Observamos que, apesar desta afirmação da mãe, o menino despede-se do pai dizendo: “*pai, não demora, vai com Deus e cuidado, hein?*”, talvez reproduzindo a fala materna. Relatou que quando perguntam a Bruno sobre a profissão do pai o menino responde com frequência: “*meu pai é Pemeje*”, apesar da orientação firme da família de não revelar a ocupação do pai.

Paula

A mãe de Paula (9 anos) é também mãe de Roberto (5 anos) e os dois se tratam no ambulatório. Ambos tomaram conhecimento da profissão do pai entre os 4 e 5 anos. Paula foi encaminhada ao ambulatório por TDAH com predomínio de desatenção e Roberto por TDAH e TOD. Não havia história familiar de violência. O pai foi vítima de tentativa de assalto com troca de tiros e foi baleado na perna antes do nascimento de Roberto que soube do fato, pois já viu as cicatrizes na perna do pai. A mãe relatou que a menina demonstra preocupação com o pai e que percebe a preocupação materna, embora não converse com o pai a respeito e nunca tenha perguntado a ele o que faz no trabalho. Já o menino, que teve o diagnóstico de comportamento desafiador assim como Bruno, não obedeceu às orientações de não revelar a profissão paterna. O quadro de Transtorno Opositivo Desafiador somado ao nível de desenvolvimento contribui para este tipo de comportamento.

Igor

Menino de 11 anos. A mãe relatou que o pai não revelou que era policial até o filho ter 7 anos. Atribuiu esta demora à grande violência contra policiais na época: “*era uma época perigosa, de que tava essa matança de policial, aí meu marido não expunha muito pra ele não ficar contando na escola.*” Refere que preocupa-se: “*quando ele sai, dele chegar no trabalho com segurança e dele voltar pra casa com segurança*”. Igor foi

encaminhado ao ambulatório por mau desempenho escolar, inquietude e comportamento desafiador na escola. Os pais moram juntos, não há história de violência em casa. Segundo o relato da mãe, o pai teria recebido homenagem por ter a ficha disciplinar “limpa” e sua atuação profissional é um motivo de orgulho para os filhos.

Maria

Menina de 2 anos, encaminhada ao ambulatório por irritabilidade e alteração do sono. A mãe revelou que o pai dela faleceu em situação pouco esclarecida quando a menina tinha três meses. Que após o falecimento houve perda do apoio financeiro e também ocorreram outros conflitos familiares. Tais fatos levaram à alteração da rotina em casa e ao desenvolvimento de sintomas depressivo-ansiosos na mãe, com reflexos sobre a criança.

Refere que o companheiro tinha atitude “*de policial durão*” na vizinhança, apesar de estar reformado e que após a sua morte ela e a filha passaram a ser vítimas de perseguição por alguns vizinhos. Trataremos deste tema na subcategoria “*Família Policial Militar*”.

Tainá

Menina de 9 anos. O pai foi entrevistado. É militar ativo e sempre atuou em serviço externo. Referiu que Tainá soube que ele era policial ao vê-lo de farda e que a orientou a não divulgar “*pra todo mundo*”, pois poderia ser “*um pouco perigoso*”. Alega que Tainá não teria demonstrado curiosidade e não expressa medo ou preocupação. Atribuiu esta atitude da filha à sua forma de lidar com o assunto: “*eu passo muita tranquilidade para todos os meus parentes, familiares e amigos, explico que é necessário eu ser policial.*” Trouxe Tainá à consulta por sintomas de hiperatividade e desatenção com prejuízo escolar. Relatou conflitos frequentes em casa devido a alterações do comportamento da esposa e relacionamento “complicado” da mãe com Tainá.

Otávio

O pai é policial ativo e referiu que sempre orientou o filho, agora com 10 anos, a não revelar sua profissão e que respondesse que ele “era taxista”. Atribuiu “risco de vida” à possibilidade do filho revelar sua profissão: “*era perigo de vida. Pra mim e pra ele, principalmente pra ele, se ele falasse que era filho de policial ele tá morto, infelizmente*”. Referiu que quando Otávio era mais novo expressava medo de que o pai morresse no trabalho. Alegou que a esposa se preocupa: “*ela sabe o risco que eu corro indo trabalhar, voltando do trabalho.*” Otávio iniciou tratamento para Transtorno Depressivo, porém apresentou sintomas de mania aos 8 anos. Após melhora houve abandono do tratamento com retorno recente devido à recidiva dos sintomas. A mãe está em tratamento de transtorno do humor. Não há história de violência familiar e os pais vivem juntos.

5.2.Categoria-“Profissão Violenta”

Esta subcategoria foi definida inicialmente a partir das falas de alguns adolescentes que referiram não querer ser policiais por considerarem a profissão “coisa violenta”. Apesar de não ter sido citado pela maioria dos entrevistados consideramos importante manter a descrição da subcategoria devido à relevância das falas.

Reproduzimos trecho que define com clareza o uso da violência e o uso da força e a dificuldade em distingui-los, encontrada em diversos setores da sociedade. Segundo Muniz (1999: p.212)⁹³:

O desconhecimento por parte do senso comum ilustrado (incluindo aí alguns setores das próprias organizações policiais) de que o emprego da força e a presteza dele resultante constituem expedientes indispensáveis à ação ostensiva de polícia, tem propiciado a conformação de uma perspectiva ingênua e perigosa porque incapaz de distinguir, de forma criteriosa e consistente, o uso da violência (um impulso arbitrário, ilegal, ilegítimo e amador) do recurso à força (um ato discricionário, legal, legítimo e profissional).

A autora afirma que os resultados da falta de distinção entre uso de violência e de uso da força variam: de prejuízos ao desenvolvimento e aplicação de procedimentos de uso legítimo da força ao uso inadequado, excessivo e arbitrário, embora em alguns casos bem intencionado.

Adolescentes

Amanda

Treze anos, referiu que não seria policial por “*odiar violência*”. Observamos que, apesar de não ter convivido com o pai, Amanda sabe que este teria assassinado a primeira esposa e que teria sido agressivo com sua mãe durante a gestação e os seus primeiros meses de vida, enquanto os pais viviam juntos.

Bernardo

Doze anos, ao ser perguntado sobre o que achava da profissão do pai respondeu ser “*coisa violenta*” e explicou dizendo que quem trabalha na polícia vê muitas pessoas presas. O menino relatou sintomas de ansiedade aguda ao ter que visitar o pai, que estava preso. Observamos que respondeu prontamente que ver pessoas presas é violento, provavelmente em consequência da própria vivência, mas atribui esta característica ao trabalho policial de maneira geral.

Bárbara

Dezesseis anos, ao ser perguntada se já tinha pensado em ser policial, respondeu negativamente, pois sempre tinha “detestado” esta profissão. Justificou dizendo que os policiais muitas vezes não cumprem regras, apontam armas para quem não está envolvido com crimes, querem assustar as pessoas. Acrescentou que os policiais “*querem bancar pose de machão*”. Vivência provavelmente influenciada pelos episódios de violência em casa, violência de gênero, violência psicológica e abuso físico. Demonstrou descrença nas ações da polícia e repetiu que os policiais não valorizam a vida (a própria e a de outras pessoas).

Crianças (entrevistas com pais ou mães)

Érica

Seis anos. A mãe relatou que a menina descobriu a profissão do pai vendo fotos no computador. Perguntou espontaneamente: *“pai, você matou alguém, atirou em alguém? Você não faz isso, não.”* Ao que o pai teria respondido: *“não, eu tomo conta da cidade.”*

Bruno

Cinco anos. A mãe disse que o filho soube que o pai era policial entre dois e três anos de idade e que no início dizia que *“polícia mata bandido”*. O pai teria explicado ao filho que a polícia não *“mata bandido”*, a polícia *“prende bandido quando tá fazendo coisa errada, quem rouba.”*

Roberto

A mãe referiu que o filho de 5 anos costuma dizer: *“meu pai é policial, meu pai prende, meu pai dá tiro, tem arma.”* Relatou episódios em que ele teria ameaçado amiguinhos dizendo que iria mandar o pai matá-los. Alegou que o marido não tem atitude ostensiva em relação à profissão e que evita comentar sobre o trabalho em casa.

Tainá

O pai relatou episódios em que a filha também teria dito a outra criança que o pai iria matá-la. Referiu que após o fato explicou à filha *“que papai não mata ninguém”* e que ela não deveria mais fazer aquilo.

Davi

Oito anos. A mãe comentou que o menino perguntou qual era o trabalho da polícia, ao que ela respondeu que seria *“prender o bandido, as pessoas que fazem coisas que não deve.”* Referiu que nestas situações o policial teria que *“tomar aquela atitude”*.

Relatou que em situações de briga na escola os filhos costumavam dizer que o pai era policial, mas que ela os teria advertido: *“tenha mais cuidado do que você vai falar para o seu pai. Porque se você chegar em casa contando alguma coisa que o seu coleguinha fez, e o pai dele tomar atitude, o seu pai vai tomar também. Assim, corre o risco do seu pai morrer, quanto do seu pai matar o pai de outra criança.”*

Relatou ainda episódio de conflito na escola, no qual ela própria reforçou a ideia de que, caso o pai fosse chamado, a consequência estaria ligada à violência: “*chumbo grosso*”. Reproduziu frase dita à outra família, atribuída à diretora da escola: “*não se mete com ele porque você sabe como é que policial tem o instinto de matar*”. Tais fatos refletem a hipervalorização do uso da força pelo policial e de atitude ameaçadora estendida a esta família.

5.3. Categoria- Imagem, Corrupção, Honestidade e Mídia

Esta categoria foi incluída a partir de respostas a perguntas do roteiro que se referiam a notícias positivas ou negativas sobre o trabalho policial e aos possíveis impactos destas sobre as famílias. Para a análise foram incluídas também falas relacionadas surgidas nas entrevistas como resposta a outras perguntas.

Adolescentes

Tiago

Quatorze anos, referiu que ao ver notícias sobre corrupção as relaciona sempre aos policiais “*que pegam dinheirinho nos carros*”, assim como a avaliação de que o risco da profissão está diminuído na posição de atuação atual do pai, em posto de comando. Também relaciona a corrupção às outras funções na polícia militar.

Bárbara

Dezesseis anos, referiu que: “na família toda tem policiais, maconheiros e traficantes” e que a família toda “mexe nestas coisas”. Observamos que atribuiu à atividade policial o mesmo valor das atividades criminosas.

Crianças (pais ou mães entrevistados)

Caio

Cinco anos. A mãe alegou que as notícias sobre policiais “*sempre têm*” repercussões sobre a família do policial, que a partir destas notícias as pessoas “*generalizam*” e “*falam mal*”. A respeito das notícias positivas veiculadas sobre as ocupações e as Unidades de Polícia Pacificadora, referiu ter percebido também comentários positivos sobre o trabalho policial.

Érica

Seis anos. A mãe informou não ter percebido efeitos positivos a respeito de notícias sobre o bom trabalho policial sobre a família. Alegou que haveria impacto reduzido de notícias boas ou ruins, pois mora em local “*muito tranquilo*”. Alegou que as pessoas falam mal da polícia, mas não na sua presença e, apesar desta observação, não tem a percepção de que é tratada de forma diferenciada por ser familiar de policial. Acredita que seria natural não comentarem os fatos negativos na sua presença, talvez por acreditar que os outros considerariam que se ofenderia com os comentários. Referiu ainda acreditar ser capaz de criar barreira para proteger a filha: “*eu não deixo ela assistir esses programas de jornal, essas coisas, não, eu fico preocupada demais, agora ela não deixo ela assistir.*”

Bruno

Cinco anos. A mãe referiu que comenta as notícias com o marido e que há um bom espaço para diálogo a respeito, fazendo com que se tranquilize. Relatou que questiona as notícias de corrupção e crimes com envolvimento de policiais com relação aos sacrifícios envolvidos para a formação, como o estudo e o afastamento da família: “*então eu fico pensando, como é que pode, o cara estuda pra isso, passa pelo que passa, pra depois chegar a esse ponto.*” Quando perguntada sobre as notícias positivas em relação ao trabalho policial, percebeu já ter havido alguma repercussão relatando uma transição entre a ideia de que “*a polícia mata e dá tiro*” para uma postura de ajudar e fazer coisas boas.

Paula e Roberto

A mãe de Paula (9 anos) e de Roberto (5 anos) também afirmou evitar que os filhos assistam notícias relacionadas à polícia. Referiu serem “*pobres*”, pois o marido é um “*policial honesto*”. Diz assim: “*ah, todo policial é corrupto, não é. Porque se fosse assim era pra todo mundo ser bem de vida. Ter uma casa ótima, um carro zero. Graças a Deus meu marido é um policial honesto; isso eu tenho orgulho dele, que ele é um policial honesto. Então às vezes eu escuto alguém falando mal da Polícia, eu falo: vai na minha casa que você vai ver que eu sou pobre.*”

Igor

Assim como outras mães, esta referiu que evita que o filho de 11 anos tenha contato com “*notícias*”. Referiu orgulhar-se da integridade do marido: “*o caráter dele é muito reto mesmo.*” Referiu ainda satisfação com a divulgação do bom trabalho policial, pois contribuiria para reduzir a impressão geral de que a maior parte dos policiais é corrupta: “*tem pessoas honestas na Polícia, tem pais de família, chefe de família na Polícia, que não são todos errados*”.

Tainá

O pai refere que seu próprio pai era policial, que era honesto, muito correto e que ele teria seguido seu exemplo: “*era uma outra época, onde o policial era mais respeitado. Eu creio que minha filha também se sinta bem segura por eu ser policial e mostrar esse lado positivo da polícia pra ela.*” Referiu pensar que a polícia atualmente seria menos respeitada pela divulgação da corrupção que existe na corporação. Que a “*mídia só foca isso, a corrupção e a violência dentro da corporação*” e que a população geral, durante “*as ocorrências*”, chegaria a se surpreender com o bom atendimento.

5.4. Categoria- “Família Policial Militar”

Esta categoria surgiu a partir da observação já descrita acima, relativa às situações vividas pelos policiais e suas consequências para as famílias. O termo “Família Policial Militar” é utilizado em situações como a assistência à saúde ou em outras situações, principalmente assistenciais, quando se deseja incluir todos aqueles

que poderiam ser beneficiados pelas ações. Por vezes o termo também é utilizado para referir-se a toda a Corporação.

Scrivner (1991) afirmou que a imprevisibilidade do trabalho policial e a necessidade de prontidão para as situações emergenciais transmitiriam para a família a mensagem de que o trabalho precisa ter prioridade sobre as necessidades pessoais. Esta autora referiu que o trabalho na polícia significaria uma intrusão na vida familiar, principalmente quando se exige que o policial atue em ocorrências, mesmo quando se encontra de folga: *“um agradável passeio familiar pode facilmente se tornar um evento policial desagradável”* (p.16) ⁹⁴.

Aqui procuramos correlacionar, a partir das falas, vários aspectos do que seria a “Família Policial Militar” que se relacionariam à família do policial e de que maneira o “ser policial militar” também englobaria os outros membros da família.

Foram incluídas características ou situações como: a vivência da presença de armas em casa, o risco vivenciado pelas famílias (sobre a segurança de outros membros que não os próprios policiais), o impacto da escala de trabalho e dos baixos salários sobre a rotina familiar, o baixo apoio social e o baixo apoio institucional ao policial. Estes últimos aspectos (escala, salários e apoio social e institucional) surgiram a partir das falas dos pais e mães entrevistados.

Adolescentes

Tiago

Referiu que o que pode haver de diferente em sua família é o fato de o pai *“andar armado”*. Acha estranho quando o pai não está armado. Descreveu episódios em que o pai agiu como policial mesmo com a família no carro. Não demonstrou perceber que esta é uma diferença que é consequência do trabalho do pai.

Bernardo

Relatou que quando era menor o pai encontrou ladrões em seu prédio. Relaciona diretamente a “PM” com possibilidade de prejudicar sua família, *“...(tenho) medo de alguém vir e matar a minha família por causa do meu pai.”*

Nicolas

Soube que o pai era policial aos 5 anos, após contato com a arma que descobriu durante mudança da família, com risco de acidente: “*eu peguei ela, tava no quarto, aí eu apertei como se fosse o botão de atirar, só que tava descarregada. Aí minha avó viu, tomou um susto.*” Referiu que depois deste episódio teria passado a gostar de jogos “*de tiro*”.

Sérgio

Informou que sente medo de que entrem em sua casa e de que façam mal à sua família. Alegou que quando ele ou a mãe passam pela rua onde moram os traficantes “*ficam encarando*”. Disse que há outras famílias de policiais na mesma rua e que todos saberiam quem são os familiares de policiais.

Amanda

Seu pai teria assassinado a primeira esposa com quem tinha outros filhos, relatou que não conviveu com seus meio-irmãos paternos, apesar de ter expressado o grande desejo de ter irmãos. Soube que um deles está preso por associação ao tráfico e que teria sido liberado algumas vezes de prisões por porte e uso de drogas, possivelmente por ser filho de policial. Ao ser perguntada sobre diferenças na família de um policial, citou este como um benefício ao seu irmão.

Tal percepção pode ser decorrente de uma compreensão errônea e frequente de privilégios obtidos por pessoas ligadas a figuras de autoridade. Porém é necessário observar que, mesmo atribuindo as atitudes violentas do pai à sua profissão, Amanda não chegou a considerar a vivência do irmão ao ter a mãe assassinada pelo próprio pai, como fator de risco para a dependência química e o envolvimento com o tráfico de drogas. Enfatizamos que não foi feita pergunta diretamente relacionada ao fato, mas consideramos relevante esta observação.

Flávia

Assistiu assalto em que o pai prendeu o bandido. Ficou nervosa. Falou que a família deixa de ir a locais próximos a “*favelas*” ou ao trabalho do pai já que este refere ser perigoso, pois “*poderia ser pego.*”

Bárbara

Relatou que a arma do pai sempre esteve na estante, visível e ao alcance. Referiu ainda que teria sido vítima de preconceito por amigos da família, que teriam evitado aproximar-se dela e das irmãs por serem filhas de policial, alegando medo de “acontecer alguma coisa”. Ao descrever este fato refere a si mesma e às irmãs como sendo policiais: “*só pelo fato da gente ser policial.*”

Joana

Informou que não haveria diferenças entre sua família e a família de outras pessoas e negou ter sido vítima de preconceito por ter o pai policial militar apesar de ser irmã de Bárbara. Observamos que, apesar de ter vivenciado as agressões do pai à mãe, Joana não teria sofrido as mesmas agressões físicas pelo pai e por ser 3 anos mais nova, pode não ter observado alguns fatos já percebidos pela irmã mais velha, que, talvez, devido a estas vivências tem um olhar mais negativo sobre o pai e sobre sua profissão.

Crianças (pais e mães entrevistados)**Caio**

A mãe referiu que havia “restrições” aos programas familiares quando eram casados. Deixavam de ir a certos lugares ou passar por certos caminhos por medo de serem abordados por bandidos. Estabeleceu diferença entre sua família e a família de não policiais na questão da segurança, pois percebe que a família do policial estaria mais em “evidência”. Usa o termo “evidência” com conotação de risco ou exposição, incluindo a família e não apenas o policial.

Érica

A mãe comentou que o marido tem três empregos e quase não fica em casa, o que altera a rotina familiar. Relatou que a filha pergunta quando o pai ficará em casa. Relatou que o marido teria mudado recentemente de local de trabalho, de um batalhão na Zona Sul para uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), vivenciando grande contraste. Na

Zona Sul sentia que não era valorizado: “*tô cansado de ver aquelas pessoas, as pessoas esnobes, as pessoas não olham pra gente, parece que a gente não é nada lá.*” Quando passou a trabalhar na comunidade atual disse que vê situações de miséria extrema e lida com a dificuldade da falta de presença prévia da polícia e cuja autoridade prévia era dos traficantes: “*ele falou que tem lugar que a casa não tem porta, não tem janela, é madeira e cheio de criança*”.

Gabriela

A mãe referiu que ser policial é uma “*profissão ingrata*”, associou diretamente a morte do marido à necessidade de outro trabalho devido ao baixo salário: “*praticamente eu sinto que a Polícia tirou ele de mim.*” Relacionou a missão institucional da polícia e a missão do policial com expectativa de apoio e proteção às famílias dos policiais por parte da corporação, referindo que o apoio que recebe é insuficiente: “*a Polícia tem obrigação e tal de proteger a gente, e quando a gente acontece (a morte do policial), no caso, no meu caso, que eu 'tô do lado deles, a gente não vê esse apoio.*”

Davi

A mãe aprendeu a atirar e disse que atiraria para defender o marido. Relatou momento de tensão no trem durante passeio familiar no qual, caso fossem atacados, o marido iria “*reagir como policial*”, “*ia trocar tiro*” mesmo com a família presente. Percebe-se em sua fala que considera como atitude correta do policial “*trocar tiros com cracudos*” no trem, na presença de sua família e de outros passageiros.

Esta mãe alegou ainda que o marido a teria orientado a identificar-se e a usar o “*poder de mulher de polícia*” apenas quando o fato a envolvesse diretamente ou a familiares próximos. Referiu repetidamente a necessidade de evitar que certos fatos cheguem ao conhecimento do marido devido à necessidade, compreendida como inevitável, dele ter que agir como “*polícia*”.

É necessário ressaltar que em todo o relato desta mãe é perceptível a valorização do uso da força e do poder relacionados à profissão do companheiro, sem com isso podermos afirmar que esta é a atitude do próprio policial. Devido também a esta atitude da mãe, é possível perceber maior risco e maior exposição a conflitos com vizinhos, ao tentar impor ou manter a “*posição de policial ou família de policial.*”

Maria

Relatou que o companheiro falecido tinha comportamento ostensivo, com uso de arma e do poder policial: “*infelizmente ele mostrava a arma e tudo, lá no bar ele dava uma de poderoso, assim.*” Percebia como natural a necessidade do companheiro de agir de forma a impor respeito e “*mostrar do que era capaz*”. Porém, após o falecimento dele, ela e sua filha estariam sendo vítimas de ameaças por vizinha que teria perdido dois filhos em conflito com o tráfico e com a polícia: “*depois que o gato morre ou vai embora, o rato faz a festa.*”

Otávio

O pai referiu que quando não está trabalhando não “*anda armado*”. Atribuiu esta decisão a ter percebido que ao andar armado colocaria em risco a sua família: “*por que quando a gente anda armado a gente vira super homem, quer ajudar todo mundo.*” Disse “*manter-se no caminho certo*” por prezar muito sua família: “*eu tenho muito medo de encarar meu filho. Se eu for pego roubando, de ser excluído. Como é que eu vou olhar minha esposa, meus filhos, meus amigos?*”

5.5. Categoria- “Profissão e Comportamento em Casa”

Segundo Scrivner (1991, pg.16)⁹⁴ o trabalho policial tem um efeito preocupante sobre a vida pessoal devido a estes profissionais lidarem não apenas com a prisão de criminosos, mas também pelo contato diário com problemas sociais das comunidades. A autora afirmou que “*um policial verá mais tragédias humanas nos primeiros três anos de trabalho do que os cidadãos comuns verão em toda a vida*” e que ergueriam:

escudos emocionais que inevitavelmente vão para casa com os policiais e se manifestam através de insensibilidade nos relacionamentos familiares, com crescente desconfiança e hipervigilância (Scrivner,1991, pg.16)⁹⁴.

Muniz (1999), em estudo sobre o “modo de ser” do policial militar do Rio de Janeiro, observou influências diversas e com interações complexas na formação da identidade do policial, que teriam reflexos sobre sua forma de interpretar o mundo, relacionar-se com a profissão e socialmente.

Adolescentes

Flávia

Relatou episódios em que o pai chega nervoso, principalmente quando trabalha de madrugada: “*chega e vai dormir.*” Na fala de Flávia percebe-se o que autores comentam como alterações de comportamento devidas a fatores como irritabilidade e impaciência, frequentemente descritas em associação a trabalho em turnos.^{16,20}

Bárbara

Disse que o pai sempre contou o que fazia e que contava detalhes das operações policiais. Atribuiu mudanças no comportamento dos policiais afirmando que este trabalho os modifica “*rapidamente e totalmente*”. Referiu que eles passam a ter comportamento violento devido ao estresse no trabalho e atribuiu a desconfiança exagerada do pai ao seu trabalho.

Joana

Afirmou que o pai era “muito rígido” e que agia em casa “*como se estivesse no quartel*”. Que chegava nervoso, irritado, falava alto e chamava as filhas de “*animal e imbecil*”. O pai não sabia discernir o momento adequado de brincar e de “*falar sério*”. Este foi impedido judicialmente de aproximar-se da mãe, mas continua frequentando a casa, o que seria possível reflexo da relação de poder e de dependência financeira.

Bernardo

Informou que a diferença que percebia em sua família se devia à profissão do pai e atribuiu as mudanças de comportamento ao tipo de trabalho dele. O pai voltava do trabalho com comportamento agressivo: “*porque sempre quando ele chegava do trabalho ele chegava estressado, nervoso. Ele saía bem e chegava mal... Ficava brigando com a minha mãe, comigo e com a minha irmã.*” Bernardo relatou que

frequentemente o pai chegava embriagado após o trabalho e que ocorriam brigas em casa.

Amanda

Relacionou a profissão do pai com as atitudes agressivas dele em casa. Referiu que ter uma arma em casa e ver situações de agressão na rua pode ter influenciado no comportamento do pai, que teria assassinado a primeira esposa com um tiro.

Viviane

Não correlacionou atitudes do pai ao trabalho policial, porém respondeu à maior parte da entrevista com frases curtas, demonstrando desconfiança e apatia. Admitiu não confiar em autoridades. Relatou que o policial da Delegacia Especializada no atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas (DECAV), teria afirmado que tanto aos 14 quanto aos 17 anos, quando teria havido o último episódio de estupro, ela teria discernimento “*para querer ou não*”.

Tal experiência teria reforçado na adolescente a sensação de desamparo e de desconfiança em autoridades. Relatos como este reforçam a necessidade de trabalho especializado dentro das próprias corporações policiais para sensibilização quanto aos temas da violência familiar, sexual e de gênero, começando pelas famílias dos próprios policiais.

Crianças (pais e mães entrevistados)

Érica

A mãe de Érica atribuiu as mudanças de comportamento do marido em casa ao estresse, ao risco e à imprevisibilidade do trabalho policial. Segundo seu relato o marido em momentos de maior estresse no trabalho: “*não conversa, muda a fisionomia, muda a atitude, faz grosseria.*” Acrescentou que nestas ocasiões ele fica “*muito estressado*” e não é receptivo, mesmo com a filha.

Alegou que quando se tornam policiais “*mudam muito*”, ficam mais “*ásperos*”, mais “*durões*”: “*eu acho que eles são uns filhos bons. Eu acho que eles têm uma família boa,*

o pai e a mãe. Mas eu acho que quando eles vão pra Polícia, eu acho que a cabeça deles muda totalmente”.

Gabriela

A mãe referiu que o marido ficava tenso e agitado quando trabalhava em serviço operacional, mas que mantinha atitude carinhosa com ela e com a filha.

Davi

A mãe relacionou características do marido na relação com o filho, como: rigidez, impaciência e mentiras, com o trabalho policial (“*promete ao filho e não faz*”).

Maria

A mãe comentou que o companheiro era “alcoólatra” e que tinha se relacionado com muitas mulheres que o explorariam, que só estariam com ele pelo dinheiro: “*eles ficam muito expostos. Não sei, tem mulheres que gostam da farda.*” Atribuiu a atitude de outras mulheres de buscarem relacionamento com seu companheiro ao poder relacionado à imagem do policial.

Também referiu ter sido vítima de perseguição por outras mulheres do companheiro, inclusive com conflitos com uma delas durante gestação de Maria. Em nenhum momento expressou que ele teria responsabilidade por relacionar-se com várias mulheres simultaneamente. Observamos que, assim como a mãe de Davi, a mãe de Maria convivia com o fato de o companheiro ter outros relacionamentos.

Concluimos neste ponto a fase de descrição dos resultados quantitativos e qualitativos, que em algumas descrições acima já foram acompanhadas de breves análises das falas em relação às categorias descritas. A seguir iniciaremos a discussão dos resultados quantitativos (item 6.1) e qualitativos (item 6.2), que serão complementados pelas considerações finais.

Capítulo 6 - Discussão sobre os resultados e considerações finais

6.1. Algumas considerações sobre os resultados quantitativos

Verificamos que aproximadamente 87% (N = 34) das crianças e adolescentes avaliados em nossa amostra apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico atual e que destes, 47,05% (N = 16) apresentam, pelo menos, outro transtorno comórbido. Estes dados apontam para a seriedade dos problemas na clientela que chega ao ambulatório do Hospital.

O diagnóstico mais frequente foi o de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Este fato se respalda na literatura, que comprova que o TDAH apresenta prevalência elevada em ambientes clínicos especializados, Potter et al. (2009) verificaram o transtorno em 60% da amostra de pacientes com TBH¹⁰⁰. No estudo de Potter et al., referente a pacientes com transtorno bipolar do humor, também foi verificada comorbidade com outros transtornos em 68% dos pacientes, 26% deles com Transtorno de Ansiedade e 34% com Transtorno Depressivo¹⁰⁰. Observamos que, na nossa amostra, 51,2% têm TDAH, aproximadamente 43% dos pacientes apresentam transtornos de ansiedade atual, quando incluído o TEPT (23%), que não foi citado no referido estudo.

É interessante notar que, da mesma forma que a revisão de prontuários do ambulatório de psiquiatria infantil do HCPM descrita no início deste texto, o estudo de Potter et al., também trata da revisão de casos ambulatoriais a partir dos registros das consultas e a comorbidade elevada dos pacientes com TBH verificada no estudo (68%) também foi evidenciada na nossa revisão (85%). Porém observamos que a prevalência de TBH na amostra atual (7,7%) foi inferior àquela encontrada na revisão (15%). Esta diferença pode dever-se a fatores diversos, como: a metodologia de obtenção de dados, que na revisão era retrospectiva e compreendia período de acompanhamento, enquanto que na amostra atual trata-se de avaliação transversal, o que sugere que ao longo do acompanhamento alguns dos casos de transtorno depressivo, por exemplo, podem evoluir como TBH. Outro fator poderia ser o uso de instrumento diagnóstico na amostra atual.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático está presente em 23% dos pacientes avaliados no presente estudo. Em estudo populacional prospectivo em crianças e adolescentes Copeland et al. (2007) evidenciaram que aproximadamente 75% das crianças e adolescentes referiram, pelo menos, um evento traumático e que 13% teriam desenvolvido algum sintoma de TEPT, com apenas 0,5% apresentando o transtorno¹⁰¹.

Observaram como fatores preditivos positivos para os sintomas de TEPT a exposição prévia a vários traumas, transtornos de ansiedade e adversidades familiares.

Entre os pacientes do presente estudo com TEPT observamos ser elevada a ocorrência de Violência Doméstica, Violência Psicológica e outros tipos de violência e, como pode ser visto nas Tabelas 15 e 16, o TEPT e sua associação com outros transtornos foram mais frequentes em pacientes com escores de violências elevados. A Violência Doméstica foi referida em 66,6% dos pacientes com TEPT e observamos que o Abuso Físico estava presente em 55,5%. Stover et al. (2007, p.701) afirmam que a violência intrafamiliar é o precipitante mais comum de TEPT em crianças e adolescentes. Em crianças e adolescentes expostos a trauma a prevalência de TEPT varia de 5 a 45%¹⁰². O Transtorno Depressivo estava presente em seis (66,6%) das mães de crianças com TEPT, sendo que 4 destas mães vivenciam violência doméstica e duas delas relataram discussões e agressões já na gestação. Entre os pais dos pacientes com TEPT, 55,5% apresentavam Transtorno de Uso Abusivo ou Dependência do Álcool.

Em estudo para avaliar a prevalência de TEPT em crianças de 9 a 13 anos em São Gonçalo (RJ), Ximenes et al. (2009) verificaram que eventos traumáticos relacionados à Violência Doméstica tiveram efeito preditivo positivo para o TEPT nas crianças, com destaque para a violência severa do pai sobre a mãe (2,5 vezes). A presença de abuso físico também está fortemente associada ao TEPT no estudo referido, com destaque para a violência severa da mãe sobre o filho (17 vezes) e agressão verbal da mãe sobre o filho (5 vezes). Na nossa amostra observamos que o Abuso Físico ocorreu em 45% das crianças e adolescentes que vivenciaram violência doméstica. Embora não tenhamos perguntado sistematicamente quem foi o agressor (pai ou mãe) é descrito na literatura o aumento dos casos de violência física contra os filhos nos casos de violência doméstica, tanto pela mãe, frequentemente portadora de algum transtorno associado (na nossa amostra observamos elevada prevalência de transtorno depressivo nestas mães), quanto pelo pai.

Morris et al. (2012) verificou em meta análise de estudos que avaliavam associação entre TEPT e sintomas depressivos em pais ou mães e o desenvolvimento de sintomas de TEPT na criança após a exposição a eventos traumáticos verificaram que, apesar de terem considerado diversos fatores moderadores, nos estudos existentes esta associação se confirma¹⁰⁸. Como citamos anteriormente a prevalência de TEPT em policiais é estimada entre 7 a 19%⁹⁷ e no Brasil o TEPT foi verificado em 8,9% de

amostra de policiais militares de Goiânia (GO), enquanto 16% preencheram parcialmente os critérios²¹. Devemos considerar também a presença destes sintomas nos(as) cônjuges como resultado de trauma secundário¹⁰³, que também poderia funcionar como potencializador dos sintomas nos filhos, quando associado a TEPT e Transtorno Depressivo nas mães, esposas de policiais. Na presente amostra observamos a presença de transtorno depressivo materno associado a violência doméstica, uso abusivo de álcool, presença de violência psicológica e comorbidade de transtornos psiquiátricos e presença de TEPT nas crianças expostas a esta associação, que poderiam estar conectados aos sintomas de TEPT nos pais, caso estes tivessem sido pesquisados especificamente.

Estudos sugerem que os casos de violência doméstica são conhecidamente mais frequentes em famílias de policiais²⁶, porém Kirschmann (2007, pg.159)²⁰ afirma que este seria “*o segredo mais bem guardado*” da polícia. Este tipo de violência está presente em todos os segmentos da sociedade. Miranda et al. (2010), em estudo multicêntrico da OMS sobre violência doméstica na população geral, apontam que em aproximadamente 40 a 70% dos casos as crianças presenciam os episódios e que os cônjuges agressores têm chance mais elevada de agredirem também as crianças⁷³.

Garcia-Moreno et al. (2006) alertam para o impacto notório da violência doméstica sobre a saúde mental e física das vítimas, na sua maioria mulheres, o que se somaria aos outros fatores supracitados como de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos nos filhos de policiais, já que a depressão materna é conhecidamente associada ao desenvolvimento de psicopatologia nos filhos¹⁰⁴.

Em levantamento com 413 policiais, Johnson et al. (2005, p.8) observaram que 40% deles relataram “*ter perdido o controle ou ter se comportado violentamente com seus cônjuges*” nos seis meses anteriores ao estudo²⁶.

Crianças que testemunham violência entre os pais têm maior probabilidade de apresentarem uma série de problemas emocionais e comportamentais, incluindo ansiedade e depressão, baixa auto-estima, desobediência, pesadelos e queixas somáticas, além de baixo desempenho escolar^{45,65,67}. Os policiais do Rio de Janeiro estão entre aqueles com os menores salários do país, fator que está relacionado a estresse familiar por afetar o acesso a condições seguras de moradia e a bens de consumo, lazer, saúde e educação e, também, por estimular a dupla jornada de trabalho fora da corporação (em geral em funções relacionadas à atividade policial, como a segurança armada),

afastando os policiais do convívio familiar e expondo-os a mais situações de risco e a maior estresse^{22,33}.

Verificamos que a violência urbana foi vivenciada por várias crianças e adolescentes da amostra, 25% presenciaram e 5% foram vítimas de crimes, 18% receberam notícias traumáticas relacionadas a fatos violentos como, por exemplo, ter tido o pai assassinado. Observamos ser comum a conjunção de fatores como testemunhar crimes, receber notícias traumáticas, vivenciar violência doméstica, presença de depressão materna e apresentar sintomas de TEPT, sugerindo uma possível interação destes fatores. A literatura sugere que a vivência de diversos traumas predispõe ao desenvolvimento do TEPT¹⁰¹.

6.2. Algumas considerações sobre a análise qualitativa.

Na abordagem qualitativa priorizou-se conhecer a visão dos filhos de policiais militares sobre a atividade profissional de seus pais e sobre as possíveis influências desta sobre sua família e sobre si mesmos. Considera-se que este objetivo foi alcançado com êxito, já que a análise apresentada comprova o grau de comprometimento, as transformações e o sofrimento familiares decorrentes da atividade policial.

Apesar da previsão inicial de separação das entrevistas dos adolescentes em entrevistas de meninos e meninas, durante a análise não foram percebidas diferenças que justificassem esta divisão, optando-se por apresentá-la em conjunto.

Avaliando as falas dos adolescentes relacionadas à categoria “Profissão de Risco” foi possível perceber diferenças nas experiências vividas pelos adolescentes, que influenciam a maneira como compreendem o trabalho dos pais e seu impacto sobre si mesmos e sobre a vida familiar. A maioria dos adolescentes entrevistados referiu medo e preocupação quando seus pais estão envolvidos em atividades operacionais. Consideramos que o policial estaria exposto ao somatório do risco existente para o cidadão comum (não policial) e daquele existente para policiais, que são historicamente vítimas de agressões graves e até homicídios, quando identificados durante assaltos ou em outras situações. Verificamos que tais riscos têm efeitos não só psicológicos, mas também na organização e no orçamento das famílias.

De acordo com Minayo et al. (2007) para os policiais militares o risco é parte das condições de trabalho, do ambiente e das relações e está constituído por dois aspectos principais, o risco epidemiológico e o risco social. O primeiro se refere à

probabilidade de ocorrerem lesões ou morte e o segundo se refere à escolha profissional na qual se insere “o gosto pelo afrontamento e pela ousadia.”¹⁰⁵

Embora não tenhamos perguntado de forma sistemática aos adolescentes quanto à existência de oportunidades de diálogo na família a respeito das situações de risco e medo relacionadas à profissão dos pais, as falas sugerem que o diálogo não é comum. Observamos uma possível tendência familiar a esquivar-se do tema ou de perceber como implícita a necessidade de adaptar-se e conviver com estas experiências para “seguir em frente”. Segundo Scrivner (1991) as famílias de policiais “aprenderiam com a necessidade”, a viver com o medo da morte e com o potencial de lesões e suas consequências de longo prazo. Afirmou que imprevisibilidade e a necessidade de prontidão para as situações emergenciais transmitiriam para a família a mensagem de que o trabalho precisa ter prioridade sobre as necessidades pessoais.⁹⁴

Apesar de diferentes vivências, é comum a todos o reconhecimento dos riscos da profissão paterna com os quais desenvolveram maneiras particulares de lidar, influenciadas por suas vivências. A maior diferença pode ser percebida entre o primeiro adolescente, filho de oficial em função de coordenação, e os demais, cujas experiências possivelmente sejam mais semelhantes por serem filhos de praças, que têm habitualmente maior proximidade com situações de risco ocupacional e mais semelhanças socioculturais⁸⁶.

Em estudo para avaliar riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares no Rio de Janeiro, Minayo et al. (2007) observaram que 94,1% dos policiais militares declararam sentir-se em risco dentro e fora do trabalho. Tal sentimento de insegurança geraria mudanças no estilo de vida, que refletiriam a invasão da atividade profissional na vida social e pessoal¹⁰⁵. Minayo et al. (2007) observaram que a percepção do risco é presente em todos os policiais militares dentro e fora do trabalho, mas que a vitimização predomina entre aqueles que executam as funções operacionais (praças) e é muito menos frequente entre aqueles que as planejam (oficiais)¹⁰⁵, estando esta observação de acordo com a diferença da impressão sobre o risco descrita pelos adolescentes.

É possível que situações familiares tão diversas, para além da profissão paterna, possam ser os fatores determinantes das diferenças. É importante notar que naquelas famílias onde há o somatório da convivência com o risco relacionado à profissão de policial militar com vivências de violência familiar e de violência urbana, podem estar

mais presentes as preocupações e os medos, favorecendo a ocorrência de transtornos psiquiátricos relacionados.

No relato de Nicolas, que veio ao ambulatório por dificuldade escolar devido a quadro de desatenção, não há situação familiar de violência ou de violência comunitária/urbana. Neste caso, como no de Tiago, a história familiar favorável e o afastamento do pai de função operacional poderiam ser fatores que contribuem para que os adolescentes tenham uma visão positiva da profissão paterna e para que, apesar de serem portadores de TDAH, não apresentem comorbidades. Os exemplos de Bernardo, Amanda, Sérgio, Bárbara e Viviane vão em outro sentido, com o relato de medo em relação ao risco da profissão paterna, tanto das consequências para o pai quanto para a própria família; pudemos observar em suas histórias e histórico de violência sofrida que estes adolescentes foram expostos a diversos fatores de risco relacionados a várias formas de violência e que a maioria apresenta comorbidades (e.g.: TEPT e TDM). Tal associação indica uma proximidade entre a vitimização por violências e sofrimento mental em crianças e adolescentes.

Observamos ser muito frequente a atitude das mães de tentar impedir o contato das crianças com notícias sobre atividade policial, crime e morte de policiais. Esta atitude poderia ser comparada a atitude de famílias de não policiais que também evitam o contato de crianças pequenas com notícias sobre violência.

No entanto, observamos ser também comum a impressão das mães entrevistadas de que elas seriam capazes de evitar que os filhos percebessem a preocupação delas com as notícias, apesar de muitas informarem que ficam “muito ansiosas” e que só conseguiam “relaxar” após a chegada do marido em casa. Uma evidência de que a impressão de ser possível impedir o impacto destas alterações nos filhos seria equivocada, é o relato de vários adolescentes sobre situações em que presenciaram o nervosismo e a preocupação de suas mães e de outros familiares quando eram menores.

Apesar da orientação dos pais, algumas crianças revelaram repetidamente a profissão paterna, em situações em que isto poderia trazer riscos. Observamos que, nestes casos, havia a associação de baixa idade com alteração do comportamento da criança, pois em pelo menos dois destes casos, houve o diagnóstico de Transtorno Desafiador de Oposição, enquanto que várias crianças mesmo pequenas foram capazes de seguir a orientação de manter “segredo” e não comentar sobre a profissão paterna, até mesmo em situações de conflito na escola. Estas experiências reforçam a ideia da necessidade de orientação de forma ampla e preventiva a todos os policiais e suas

famílias de como agir e como informar os filhos e também da disponibilização de atendimento especializado para evitar a potencialização do risco de determinados comportamentos, caso não tenham acesso ao tratamento.

Observamos que para algumas famílias o distanciamento do risco pessoal do policial, através da migração do serviço externo para o interno, permitiu que conseguissem ouvir mais notícias sobre violência e morte de policiais. Isto sugere que, nas situações de maior proximidade real com o risco, a família tenta se resguardar evitando contato com notícias sobre violência e sobre operações policiais. Esta atitude limitaria as oportunidades de diálogo que, ao contrário, deveriam ser mais frequentes, já que nos momentos de maior exposição paterna ao risco são comuns os relatos de alterações não só do comportamento do pai em casa, devido ao estresse, mas também do comportamento materno, devido à preocupação com o companheiro e às alterações de comportamento do mesmo. Estas alterações são direta ou indiretamente percebidas pelas crianças, com prováveis repercussões sobre a rotina da casa, o que agravaria o impacto da falta de espaço para diálogo a respeito do risco e das mudanças de comportamento.

De acordo com Muniz (1999) os policiais teriam tendência ao uso pragmático da linguagem, devido ao treinamento para a ação e, também, tenderiam a interpretar o uso da fala como forma de questionamento. Estes fatores poderiam contribuir para a falta de diálogo familiar a respeito do estresse e dos riscos. Muniz (1999) propôs que falar “não é o forte” do policial militar⁹³. Tais observações sugerem a necessidade de desenvolvimento de estratégias e treinamentos dos policiais e de apoio às suas famílias para aumentar a compreensão da necessidade de falar sobre certas questões. E, partindo da observação de limitações características da maneira de ser do policial, desenvolver métodos que as levem em consideração.

A categoria “Profissão Violenta” foi relacionada ao trabalho dos pais por adolescentes que vivenciaram episódios de violência familiar grave; outros adolescentes não fizeram observações correlacionando este tema. Bernardo, cuja prisão do pai ocorreu após sua denúncia de que ele teria estuprado a irmã, relacionou a profissão com “coisa violenta” por ver “pessoas presas”, refletindo possivelmente a experiência pessoal violenta de ver o pai preso. Já Bárbara relacionou a postura agressiva do pai em casa à agressividade da polícia, associando a postura de masculinidade ao uso de violência e de abuso do poder pela polícia.

No caso de Amanda, apesar da falta de convívio com o pai, existia história de violência grave cometida por ele: assassinato da primeira esposa e agressividade com a mãe de Amanda. Conforme descrevemos na subcategoria sobre profissão e comportamento em casa, Amanda atribuiu o comportamento do pai à profissão de policial militar. Portanto, acreditamos que Amanda consideraria a violência não só como parte da missão do policial, mas também como a forma de ser do policial (provável reflexo da história paterna).

Observamos que em idade precoce e, por vezes, sem conhecimento prévio da profissão paterna, várias crianças já traziam a imagem do policial como quem “mata bandido”. Esta observação sugere que ocorrem muito cedo experiências que contribuem para a formação do senso comum sobre a atuação da polícia e que, possivelmente, influenciaram a compreensão até mesmo dos próprios policiais em sua infância a respeito de sua “missão”.

No caso de Davi a genitora entrevistada relacionou o termo “atitude” policial ao uso da violência. Relacionou de forma repetitiva o trabalho do marido ao uso da força, estendendo esta influência às atitudes da vida pessoal e familiar. Não fez distinção de níveis proporcionais de uso da força, como sugere o episódio em que hipotetizou conflito grave com morte no caso de possível discussão entre pais na escola. Estas ideias seriam transmitidas e absorvidas pelas crianças, reforçando e perpetuando a compreensão do uso da violência policial como decorrência natural da ocupação profissional.

A maioria dos adolescentes não fez comentários sobre corrupção ou envolvimento dos policiais em crimes, refletindo possivelmente a conduta familiar de evitar o tema, pois como já pudemos observar, as oportunidades de diálogo sobre o assunto nas famílias parece ser restrita. Talvez a falta de comentários a respeito seja consequência da aceitação mais geral de que a mídia sempre irá divulgar notícias a respeito da má conduta de policiais, apesar da honestidade e do bom trabalho de muitos deles.

É possível notar o contraste entre a percepção de Tiago de que a corrupção ocorreria apenas em situações distantes da atuação de seu pai, relacionada a atividades como extorquir dinheiro de motoristas, enquanto Bárbara expressou a percepção de que existiria continuidade entre as ações da polícia e as atividades criminosas. Tais diferenças podem se dever às vivências pessoais relacionadas ao papel do pai como profissional e a postura do mesmo junto à família.

Quando perguntados sobre as notícias sobre corrupção e envolvimento de policiais em crimes muitos referiram ver como notícia “normal”, não atribuindo relação das notícias com o pai ou com sua família. Como a pergunta também incluía notícias sobre ferimento e morte, acreditamos que pode ter sido dada pouca ênfase ao tema de honestidade e corrupção do policial devido ao maior apelo das situações de risco.

Várias mães referiram não permitir que seus filhos assistissem notícias sobre policiais e referiram que a questão da imagem divulgada na mídia teria pouco impacto nos filhos, pois elas acreditavam-se capazes de criar uma espécie de barreira. A maioria das famílias tenta evitar o contato das crianças, principalmente as menores, com o que a mídia veicula a respeito da atividade dos pais.

De acordo com Ussery & Waters (2007) a imagem de policiais na mídia de massa, apesar de “*resgates dramáticos e de respostas heroicas a desastres*”, tenderia a focar em histórias que atraíam leitores e vendam jornais. Conseqüentemente, histórias sobre maus policiais, policiais brutais e policiais corruptos poderiam tornar a leitura “mais interessante” do que aquela sobre um bom policial desempenhando o seu trabalho¹⁶.

A estratégia de “blindagem” das crianças a estas notícias poderia ser válida uma vez que os aspectos negativos e o risco elevado da atividade são retratados frequentemente na mídia. Porém, estas mães não consideraram que várias crianças entraram em contato com o tema a partir de terceiros, na rua, nas escolas ou da TV, em situações onde não há o apoio dos pais e, ainda, que as crianças tinham demonstrado, algumas vezes no primeiro contato com a profissão paterna, a percepção relacionada a ser policial e a matar pessoas (senso comum), demonstrando um contato prévio com o tema de forma inadequada e sem orientação da família.

Não foi identificada uma estratégia para a introdução do tema com as crianças, observando-se com frequência a ausência de diálogo a respeito, que pode ser agravada pelo aumento do estresse familiar em situações de proximidade real com o risco e pela evitação e incapacidade familiar em lidar com o tema.

Vários entrevistados, incluindo os pais (policiais ativos) atribuíram grande importância à integridade e à honestidade do policial e ao impacto positivo destas características sobre a família. Relataram que os filhos sentem orgulho dos pais que agiram desta forma e que os teriam como exemplo. Um dos entrevistados referiu ser filho de policial militar e que seu pai teria sido um grande exemplo de homem e que seu sonho era ser “militar”, com possível influência da atitude paterna. Tais famílias

transmitiram a percepção da figura de pai/policial como “correto e honesto”, relacionada à imagem esperada da missão da polícia e contrária ao senso comum sobre os policiais. Alguns entrevistados relacionaram o conceito de honestidade do policial à pobreza, entendendo que o padrão de vida da família seria proporcional à renda do policial e que o policial que tem casa “ótima e carro zero” poderia estar envolvido com atividades ilícitas.

Algumas mães perceberam que houve algum impacto positivo sobre as suas famílias quando foram divulgadas notícias sobre o bom trabalho policial. Em diversas entrevistas pudemos observar que o diálogo é restrito a respeito dos riscos inerentes à profissão e a respeito do envolvimento de policiais em atividades ilícitas. Alguns entrevistados valorizaram diretamente a honestidade na profissão como forma de proteger a família. Observamos como possível fator de proteção à família a existência de diálogo sobre estas questões entre o casal e entre pais e filhos, como meio de compartilhar experiências e opiniões sobre os fatos divulgados.

Alguns adolescentes descreveram situações em que o pai teria agido como policial em momentos de folga e na presença da família. Apesar destas experiências, negaram diferenças entre suas famílias e as de não policiais. Notamos que estaria implícita a missão do pai e a necessidade deste de agir como policial mesmo com risco para a família, o que poderíamos interpretar como uma compreensão de que a missão policial se estenderia à família: “missão familiar.”

Observamos que é variável a atitude paterna quanto à presença e o manuseio de armas em casa. Muitos adolescentes referiram contato comum com a arma, com orientação do pai e sem a munição e consideraram natural a presença da arma em casa. Segundo os entrevistados alguns pais orientaram seus filhos dizendo que a arma seria um instrumento de trabalho, só utilizado quando necessário. Um dos adolescentes referiu que encontrou a arma quando pequeno e, apesar de ter tentado atirar, não houve acidente, pois a mesma estava sem munição. A maioria dos adolescentes referiu que, embora soubessem da existência da arma, ela era guardada fora de alcance e da visão do restante da família.

Considerando as informações sobre os episódios graves de agressão descritos nos casos de Viviane e Bárbara, poderíamos sugerir que a atitude de seus pais de manter a arma sempre visível seria uma forma de reforçar a relação de poder e medo. Folkes et al. (2012) observaram que o uso de armas de fogo em episódios de violência doméstica é incomum, mesmo entre agressores com acesso conhecido a armas de fogo. Que o uso

de armas de fogo em violência doméstica é característico de um subgrupo de agressores que cometem violência doméstica mais grave, o que corrobora o que observamos nestes casos.

É importante observar que no relato de Bárbara há forte rejeição à profissão de policial militar, mas que durante relato de episódio em que teria sofrido preconceito por ser filha de policial expressou que ela e suas irmãs “eram policiais”. A partir desta fala é possível verificar a maneira profunda com que a profissão de policial militar invade a vida e a identidade da família.

Pudemos observar, assim como quanto à categoria “Profissão de Risco” que existiria identificação mais positiva com a profissão paterna nos casos onde não há vivência de violência familiar ou de violência urbana significativa enquanto que, nos casos onde estas estão presentes, o medo e a preocupação predominam.

Vários entrevistados citaram a necessidade de mais de um emprego e a escala de trabalho corrida como fatores de impacto na qualidade de vida das famílias, tanto por questões ligadas ao estresse do policial e ao impacto deste sobre a família, quanto pela redução das oportunidades de lazer nos finais de semana e feriados.

Observamos que os adolescentes que vivenciaram situações de violência familiar foram os que correlacionaram as alterações de comportamento à profissão paterna. Atitudes como rigidez, desconfiança, alternância entre exigências inadequadas à idade da criança e inconsistência nas regras e na rotina da casa são relacionadas a situações de estresse de combate em estudos realizados com soldados e suas famílias³⁴ e também em policiais⁹⁴.

São também conhecidos relatos de alcoolismo entre policiais e seus impactos para a família, incluindo violência doméstica. Outras situações relacionadas ao estresse policial e alterações do comportamento em casa são bem conhecidas. A desconfiança referida por alguns adolescentes é uma conduta amplamente descrita relacionada ao trabalho policial (p.222)⁹³. Foi citada nas entrevistas a vivência de contrastes sociais pelos policiais e a sensação de não pertencimento ou de não aceitação social do policial, tanto no meio social mais rico, quanto em meio a situações de miséria, aumentando a sensação de impotência e isolamento, que contribuem para o estresse ocupacional^{23,25,94}.

Este relato exemplifica os contrastes e dificuldades vividos pelos policiais, na maioria das vezes sem o reconhecimento público do trabalho e, muitas vezes, sem apoio

institucional para manejo do estresse envolvido, que acaba tendo reflexos na vida familiar^{22,93, 94}.

Observamos que a inserção social do policial e de sua família pode ser comprometida pela forma com que os mesmos se relacionam com o “papel de polícia”. Segundo Scrivner (p.16)⁹⁴, “*uma carreira na polícia impõe um estilo de vida não tradicional às famílias de policiais, que pode contribuir para a disfunção familiar.*” Scrivner declarou ainda, em sessão do Congresso Americano destinada a discutir aspectos relacionados às famílias dos policiais, que: “*os familiares de policiais não carregam armas ou distintivos mas são muito afetados por aqueles que o fazem.*” Reitera que o suporte familiar do policial claramente contribui para manter os serviços policiais na comunidade e que programas que reduzem o *burnout* de policiais e os problemas familiares poderiam reduzir custos por salvar/poupar policiais⁹⁴.

Esta autora propôs que a maior disponibilidade de serviços de apoio ao estresse do policial e de apoio às famílias poderiam reduzir os custos pela redução do número de policiais que se aposentaram prematuramente por invalidez⁹⁴. Estudos recentes sobre o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós Traumático em policiais reforçam a necessidade de suporte às famílias ao afirmarem que o suporte social do policial funciona como fator de proteção²¹.

6.3 Algumas considerações finais

Iniciamos este estudo tendo como pressuposto que fatores como: elevado sofrimento psíquico dos pais, estresse ocupacional dos pais, elevada tensão familiar e exposição à violência urbana e à violência intrafamiliar; influenciariam no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos nos filhos de policiais militares de forma direta (na família ou no local em que vivem) ou indireta (por exemplo, quando expostos a notícias sobre ferimento e morte de outros policiais).

Consideramos os achados deste estudo compatíveis com o pressuposto adotado, considerando importante ressaltar: a elevada frequência de transtornos psiquiátricos nas crianças e nos adolescentes avaliados, principalmente por termos verificado a elevada convivência destes com situações de violência; a associação comum de diferentes tipos de violências vividas pelas crianças e adolescentes (violência doméstica, violência psicológica, abuso físico, entre outras); a presença de mais de um transtorno psiquiátrico comórbido, com conseqüente prejuízo adicional ao seu desenvolvimento; a presença de violência doméstica foi referida por 50% dos pacientes, compatível com as

afirmações na literatura de que este é um tipo de violência comum em famílias de policiais. Considerando ainda, como fatores que apoiam o pressuposto adotado, que vivenciar adversidades na infância, principalmente aquelas relacionadas ao mau funcionamento familiar, doença mental nos pais, abuso de substâncias, criminalidade, violência familiar, abuso e negligência, está direta e significativamente associado ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e a um maior nível de prejuízo funcional relacionado a transtornos mentais na vida adulta⁶⁸.

De acordo com o primeiro objetivo específico, que previa investigar os tipos de transtornos psiquiátricos apresentados pelas crianças e adolescentes do ambulatório do HCPM-RJ, verificamos que 87,2% deles apresentavam, pelo menos, um transtorno e que aproximadamente metade deles apresentava outro transtorno comórbido. Que o Transtorno mais frequente foi o TDAH, seguido do Transtorno de Estresse Pós Traumático. Que a presença de comorbidade foi mais frequentemente diagnosticada naqueles que vivenciaram situações de violência, como presenciar violência doméstica e sofrer abuso físico. Tais achados foram compatíveis com a literatura e, mais ainda, quando avaliados os resultados qualitativos observamos que vivenciar situações de violência alterou a percepção que os adolescentes têm da profissão paterna, pois aqueles com história de violência referiram mais medo e rejeitaram a ideia de tornarem-se policiais.

Quando comparamos os adolescentes que vivenciaram violência psicológica em níveis elevados observamos que apresentavam mais frequentemente comorbidades com outros transtornos e referiram ideação, comportamento ou tentativa de suicídio com maior frequência do que aqueles com níveis baixos de violência psicológica. As observações do nosso estudo sugerem a conjunção de fatores de risco relativas à vivência de violência doméstica, psicológica, abuso físico, depressão materna e uso abusivo de álcool pelos pais.

Observamos que os casos de TEPT foram mais frequentes entre aqueles que vivenciaram violência doméstica e abuso físico, que também estiveram mais presentes em conjunto.

Além dos fatores relacionados diretamente à violência observamos também características familiares e comunitárias, de acordo com o segundo objetivo. Observamos que a maioria dos pais (mais de 70%) e mães não completou o ensino superior, sendo a situação de baixa escolaridade mais evidente nas mães, entre as quais apenas metade tem ensino médio completo. Observamos que 30% das crianças e

adolescentes vivem só com as mães e que 40% das mães não trabalham fora, sugerindo que boa parte delas dependa da pensão alimentícia para o sustento da criança. Verificamos que a renda bruta familiar média situa-se no nível que corresponde à classe B (ABEP, 2010) para a maioria das famílias, porém 60% das famílias têm renda inferior à média obtida e que a avaliação das diferentes formas de organização familiar (e.g.: número de filhos, pessoas dependendo da renda) tornariam mais precisa a descrição da renda e das classes sociais.

Observamos nas respostas à escala de violência comunitária, ao K-SADS-PL e nas entrevistas qualitativas que é importante a presença de episódios de violência urbana e comunitária e consideramos que esta pode estar relacionada à necessidade, devido à renda, de viver em áreas com elevados índices de violência. O que, para estas crianças e adolescentes que compartilham a percepção dos riscos decorrentes da profissão paterna e as alterações de comportamento dos pais e das suas mães relacionados ao estresse ocupacional, pode ter maior efeito no desenvolvimento de sintomas como ansiedade.

Em nossa amostra a violência doméstica esteve comumente associada com a exposição das crianças a outros tipos de violências como a psicológica, o abuso físico, violência urbana, entre outras, corroborando a impressão inicial de que haveria um somatório dos fatores de risco a que estariam expostos crianças e adolescentes de condições sociodemográficas semelhantes (e.g. violência urbana), com aqueles fatores possivelmente associados às características ocupacionais dos pais, policiais militares (e.g.: psicopatologia nos pais, morte violenta dos pais). Associados a estes fatores e também apoiados pela literatura especializada, estão os casos de transtorno depressivo nas mães e o uso abusivo de álcool nos pais, que funcionam como potencializadores da violência doméstica e do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos nos filhos. A violência intrafamiliar, em suas diversas formas, é reconhecida ao mesmo tempo como consequência e como catalisadora de outras formas de violência, influenciando no aumento dos comportamentos violentos na escola e na comunidade¹⁰⁴.

Devido ao tempo limitado pelo cronograma a ser cumprido para a conclusão do Mestrado, observamos como limitações do nosso estudo o pequeno tamanho da amostra, já descrito e também associado às dificuldades inerentes à complexidade dos quadros clínicos. A definição do tipo de estudo transversal e descritivo, também foi influenciada pelo tempo curto e pela limitação de recursos humanos. Estes últimos correspondem a apenas uma profissional que realiza atendimentos na especialidade e que, como informamos anteriormente, trata-se da própria pesquisadora, que

desenvolveu sem auxílio de colegas as etapas do campo, descrição e análise de dados, simultaneamente à realização dos atendimentos. Verificamos a necessidade de aprofundar a análise e de partir, de forma ampliada, para a triangulação dos resultados quantitativos e qualitativos, cuja execução também foi limitada pelos fatores citados. Tal pressão do tempo implicou numa limitada triangulação metodológica dos resultados quantitativos e qualitativos na fase de análise dos dados, tarefa que se coloca presente na fase de elaboração e publicação de artigos.

Apesar das limitações acima descritas verificamos a originalidade da observação de casos clínicos de crianças e adolescentes neste grupo (filhos de policiais militares) submetidos a interações complexas de fatores de risco. Valorizamos também a descrição de suas percepções relacionadas às vivências como filhos de policiais militares e os resultados descritos, compatíveis com a literatura revisada e que consistem em rico material para futuros estudos sobre este grupo de crianças e adolescentes e sobre suas famílias, além de serem úteis como base para o desenvolvimento de intervenções preventivas e de tratamento, tanto das próprias crianças e adolescentes quanto dos policiais e seus/suas cônjuges. Consideramos importante a ampliação do estudo com familiares de policiais militares para identificarmos nas famílias com bom funcionamento os fatores de proteção e as estratégias de resiliência familiares e individuais, relacionadas a experiências semelhantes ao do grupo estudado, além da comparação e oportunidade de avaliação prospectiva dos grupos estudados com grupo controle, de não familiares de policiais com amostra mais numerosa, para identificação de fatores de risco e proteção que auxiliem na definição de medidas a serem tomadas.

Enfatizamos a necessidade de ampliação da estrutura de atendimento em saúde mental para as crianças e adolescentes filhos de policiais militares. Sugerimos a formação de equipe constituída por psiquiatras infantis, neurologistas pediátricos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. A equipe atuaria no atendimento multidisciplinar e em rede com o Serviço Social e com as redes existentes para atendimento às diversas situações de violência. Observamos que não há atualmente previsão de inclusão oficial de Psiquiatria da Infância e Adolescência nos quadros de saúde da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Verificamos com este estudo a importante demanda por este atendimento, que hoje se encontra limitada pela presença de apenas um profissional. Observamos também as características inerentes ao trabalho dos pais que contribuem para os quadros de transtornos psiquiátricos em seus filhos e

sugerimos que, entre os profissionais de saúde da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, seja incluída esta especialidade para atuar em equipe, conjuntamente com o Serviço de Pediatria, facilitando a identificação precoce e o acompanhamento dos casos.

Enfatizamos a necessidade de ampliação das estruturas de apoio à saúde mental de policiais e de suas famílias. Os primeiros são conhecidamente expostos a situações de estresse no trabalho que predispõem, entre outras, a alterações graves de comportamento que estão associadas a conflitos familiares, maior uso de álcool e outras substâncias psicoativas, menor capacidade de relacionar-se com o cônjuge e menor capacidade de lidar com os filhos^{19,20,26}. Já as famílias sofrem as consequências das alterações de comportamento e também, como pudemos observar a partir das entrevistas realizadas, do risco inerente à profissão, somado às características socioculturais do Rio de Janeiro. São as famílias que prestam apoio aos policiais quando estes se encontram feridos e também aqueles que lidam com a perda de um ente querido quando o policial é morto desempenhando seu trabalho.

Pudemos ver que, de acordo com estudos recentes, o apoio social do policial funciona como fator de proteção aos estados de estresse relacionados à profissão⁵⁸. Saltzman et al. apontam a existência de programas para suporte às famílias de soldados americanos, com o objetivo de reduzir a violência familiar e a doença mental nos cônjuges e nos filhos, pois verificou-se que este apoio contribui com a manutenção da qualidade e da funcionalidade das relações familiares, que estão ligadas ao melhor desempenho dos soldados³⁴. O reconhecimento do impacto do estresse relacionado ao trabalho policial influenciou o recente desenvolvimento de estratégias para ações referentes à qualidade de vida dos profissionais de segurança pública, inseridas no Programa Nacional de Segurança Pública – PRONASCI, do Ministério da Justiça (MJ). A formação de núcleos de gerenciamento do estresse faz parte das diretrizes do Plano Nacional de Qualidade de Vida para a Segurança Pública. (SENASP/PRONASCI/MJ, 2010) Apesar de não ter sido incluído neste plano um item específico quanto à necessidade de redução do impacto do estresse sobre a família dos profissionais de segurança pública, especificamente sobre os filhos, acreditamos que maiores conhecimentos sobre o tema poderão auxiliar no desenvolvimento de medidas preventivas.

Nos últimos anos houve progresso no suporte psicológico aos policiais militares do Rio de Janeiro, com a historicamente recente inclusão de psicólogos no corpo de saúde da Polícia Militar (2002), trabalho antes realizado por poucos psicólogos não

pertencentes à corporação. Porém estes são ainda insuficientes em número (aproximadamente 100 psicólogos) para atender a demanda já que a PMERJ atualmente conta com mais de 40.000 policiais, além de seus familiares.

Além do aspecto quantitativo, consideramos que seria importante a definição de programa preventivo do estresse policial desde o início da sua formação, com acompanhamento e identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos relacionados, alguns já identificados e descritos na seção de Quadro Teórico (Cap. 2, item 2.2).

A educação dos policiais para o reconhecimento precoce dos sintomas e o desenvolvimento de estratégias de suporte para os episódios potencialmente geradores de traumas são ações que podem prevenir grandes prejuízos pessoais e sociais relacionados à saúde física e mental do policial, à sua família e ao desempenho de sua atividade profissional. O fortalecimento das relações familiares poderia trazer benefícios diretos aos policiais, às suas famílias e à sociedade, uma vez que um dos principais fatores que predispõem os policiais a condutas inadequadas, como o excessivo uso da força, por exemplo, está relacionado ao estresse e ao baixo suporte social^{94,58}. Beardslee et al. (2003) observaram que ajudar os familiares a entenderem as causas, a natureza dos sintomas e a maneira como se manifestam pode torná-los mais eficientes ao lidarem com pais deprimidos, altamente ansiosos e traumatizados¹⁰⁶. Evidências indicam que existe melhor manutenção da satisfação no relacionamento quando os cônjuges têm melhor compreensão sobre as condições as quais o combatente foi exposto e sobre as razões para as dificuldades funcionais apresentadas, assim como pudemos observar na análise qualitativa¹⁰⁷.

Sugerimos, entre outras ações, a inclusão de disciplinas no currículo de formação dos policiais, adequadas às especificidades de cada fase da formação, que contemplem as consequências da violência e do estresse do trabalho do policial sobre a sua própria saúde e de seus familiares e sobre o relacionamento familiar, ensinando-os a reconhecer de forma precoce os sintomas de estresse relacionados. Tal reconhecimento poderia facilitar a busca por orientação e tratamento e poderia auxiliar na prevenção das consequências, entre elas: os conflitos, a violência familiar, as doenças clínicas como hipertensão arterial, os transtornos mentais nos policiais e em seus familiares e as aposentadorias precoces de policiais por transtornos psiquiátricos. Também sugerimos a inclusão de disciplinas destinadas ao ensino das consequências da violência sobre a saúde em geral, aos profissionais de saúde que ingressam na carreira policial, para que

estes possam também reconhecer de forma mais precoce os quadros clínicos relacionados e estejam informados sobre a forma correta de abordagem terapêutica e de encaminhamento às redes especializadas de atendimento.

Finalmente sugerimos que seja desenvolvido programa direcionado especificamente à prevenção e ao manejo da grave situação relacionada à Violência de Gênero e Violência Doméstica, de forma a incluir neste programa oportunidades de discussão dos temas relacionados, trabalhos com grupos de homens e mulheres, e outras formas de abordagem que incluam tanto aqueles que desempenham os papéis de “vítima” quanto o de “agressores”.

Estas ações seriam de importância fundamental para melhorar a qualidade de vida do policial e de sua família, para prevenir os casos de violência intrafamiliar que se traduzem em consequências nefastas para a saúde física e mental das esposas e dos filhos dos policiais, para prevenir os efeitos do estresse no trabalho do policial (e.g; uso inadequado da força) e prevenir a perda de força de trabalho (e.g; incapacidade precoce para o trabalho devida a transtornos mentais e doenças clínicas secundárias ao estresse).

REFERÊNCIAS:

1. Juruena MF, Marques AH, Mello AF, Mello MF. Um Paradigma Para Entender As Doenças Psiquiátricas. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(Supl D):S1-2
2. American Psychiatric Associations (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC; 2000.
3. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
4. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence Of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(10):1203-11.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. The Global Burden Of Mental Disorders: An Update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009b;18(1):23–33.
6. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Which childhood and adolescent psychiatric disorders predict which young adult disorders? *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(7): 764-772.
7. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and Public Health burden. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 2005;44(10):972–986.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602
9. World Health Organization. Atlas on child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva: World Health Organization; 2005.
10. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005. (Mental Health Policy and Service Guidance Package).
11. Fleitlich-Bylyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(6):727-34.
12. Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AMB, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010;45:135–142.

13. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, Goodman R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child. Adolesc. Psychiatry* 2007;46:4.
14. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2009;374:646-53.
15. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Childhood Adversities and Adult Psychopathology in the WHO World Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry.* 2010;197:378-385.
16. Ussery W, Waters JA. Police Stress: History, contributing factors, symptoms, and interventions. *Policing: an international journal of police strategies & management* 2007;30(2):169-188.
17. Anshel MH. A conceptual model and implications for coping with stressful events in police work. *Criminal Justice And Behavior* 2000; 27(3):375-400.
18. Berg AM, Hem E, Lau B, Ekeberg O. An exploration of job stress and health in the Norwegian police service: a cross sectional study. *J Occup Med Toxicol* 2006;1:26.
19. Violanti JM. Homicide-Suicide in police families: aggression full cycle. *International Journal of Emergency Mental Health* 2007;9(2):97-104 .
20. Kirschmann E. *I love a cop: what police families need to know.* New York: The Guilford Press; 2007.
21. Maia DB, Marmar CR, Henn-Haase C, Nóbrega A, Fiszman A, Marques-Portella C et al. Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann NY Acad Sci* 2006;1071:1-18.
22. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P. *Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
23. Gershon R, Barocas B, Canton AN, Li X, Vlahov D. Mental, physical and behavioral outcomes associated with perceived work stress in police officers. *Criminal Justice and Behavior* 2009;36(3):275-289.
24. Goodman WB, Crouter AC, Lanza ST, Cox MJ. Paternal work characteristics and father-infant interactions in low-income, rural families. *J Marriage Fam* 2008;70(3):640-653.
25. Roberts NA, Levenson RW. The remains of the workday: impact of job stress and exhaustion on marital interaction in police couples. *Journal Of Marriage And Family* 2001;63:1052–1067

26. Johnson LB, Todd M, Subramanian G. Violence in police families: work-family spillover. *Journal of Family Violence* 2005;(20):3–12.
27. Souza ER; Minayo MCS. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(4):917-918.
28. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Ver Psychol.* 2001;52:397-422
29. Montero-Marín J, Garcia-Campayo J, Mera DM, Hoyo YL. A new definition of burnout syndrome based on farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2009; 4:31.
30. Wilcox HC, Kuramoto SJ, Lichtenstein P, Långström N, Brent DA, Runeson B. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(5):514-523
31. D'Angelo J. Alcoholism and chemical dependency in law enforcement: its effects on the officer and the family members. In: Reese J, Scrivner E, editors. *Law enforcement families: issues and answers*. Washington, Dc: U.S. Department of Justice; 1994. p.163-171.
32. Danieli Y. Trauma to the family: intergenerational sources of vulnerability and resilience. In: Reese J, Scrivner E, editors. *Law enforcement families: issues and answers*. Washington, Dc: U.S. Department of Justice; 1994. p.163-171
33. Derenusson FC, Jablonski B. Sob fogo cruzado: o impacto do trabalho policial militar sobre a família do policial. *Aletheia* 2010; 22-37. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115020838003>. (Acessado em : 18 de abril de 2012.
34. Saltzman WR, Lester P, Beardslee WR, Layne CR, Woodward K, Nash WP. Mechanisms of risk and resilience in military families: theoretical and empirical basis of a family-focused resilience enhancement program. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011;14:213-230.
35. Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública. ISSN 1983-7364 ano 3 2009. Disponível em: <http://www2.forumseguranca.org.br/> (Acessado em: 10 de Janeiro de 2013)
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira; 2010.
37. Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K. Research Report: Isle Of White Studies. *Psychological Medicine* 1976; 6:313-332.

38. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de e Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
39. Volkmar FR, Martin A. Nosology, classification and diagnostic assessment. In: Lewis M, Martin A, Volkmar F, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.302-309
40. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. The National Comorbidity Survey Adolescent Supplement (NCS-A): III. Concordance of DSM-IV/CIDI diagnoses with clinical reassessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:386-398.
41. Fu-I L. Transtorno bipolar na infância e adolescência: atualidades e características clínicas. In: Fu-I L, Boarati MA. Transtorno bipolar na infância e adolescência: aspectos clínicos e comorbidades. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.17.
42. Serra Pinheiro MA, Souza I. Co-Morbidades. In: Rohde LA, Mattos P. Princípios e Práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2003.
43. Brent DA, Weersing R. Depressive Disorders. In: Lewis M, Martin A, Volkmar F, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2007. p. 513-528
44. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, MS, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:837-844.
45. Avanci JQ. Trajetória de risco na infância e adolescência: a convivência com a violência como risco para a depressão [thesis]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
46. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children. Pittsburgh: University of Pittsburgh Medical Center; 1996. <http://www.psychiatry.pitt.edu/research/tools-research/ksads-pl>>. (acessado em: 18 de Abril de 2013)
47. Birmaher B. Bipolar Disorder. In: Lewis M, Martin A, Volkmar F, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2007. p. 513-528
48. Krain AL, Pine DS, Ghaffari M, Leonard H, Freeman J, Garcia A. Anxiety Disorders. In: Lewis M, Martin A, Volkmar F, editors. Lewis's child and adolescent

- psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2007. p.538-548.
49. Sheeringa MS. Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress in preschool and school-age children. *Am J Psychiatry* 2008;165(10):1237-1239.
50. Ximenes L, Oliveira RVC, Assis SG. Violência e Transtorno de Estresse Pós-Traumático na Infância. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;14(2):417-433.
51. American Psychiatric Association (APA). Disponível em: www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/NeurodevelopmentalDisorders.aspx (Acessado em: 10 de maio de 2012)
52. Arnold EL, Spetie L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Lewis M, Martin A, Volkmar F, editors. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2007. p. 430-454.
53. Tramontina S, Zeni CP. Transtorno bipolar e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade comórbidos. In: Fu-I L, Boarati M. *Transtorno bipolar na infância e adolescência: aspectos clínicos e comorbidades*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
54. Andrade ER. Quadro clínico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: Rohde LA, Mattos P. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
55. Maggill S, Ostry A, Tansey J, Dunn J, Hershler R, Chen L, et al. Paternal psychosocial work conditions and mental health outcomes: a case-control study. *BMC Public Health* 2008;8:104.
56. Byron D. A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior* 2005; 67, p.169-198.
57. Anderson AS, Lo CC. Intimate partner violence within law enforcement families. *Journal Of Interpersonal Violence* 2010; (26):1176-1193.
58. Yuan C, Wang Z, Inslicht SS, McCaslin SE, Metzler TJ, Henn-Haase C, et al. Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers. *Psychiatry Research* 2011;188(2011):45-50.
59. Shucard JL, Cox J, Shucard DW, Fetter H, Chung C, Ramasamy D, Violanti J. Symptoms of posttraumatic stress disorder and exposure to traumatic stressors are related to brain structural volumes and behavioral measures of affective stimulus processing in police officers. *Psychiatry res.* 2012 Oct 30;204(1):25-31.

60. Gewirtz AH, Polusny MA, DeGarmo DS, Khaylis A, Erbes CR. Posttraumatic stress symptoms among national guard soldiers deployed to Iraq: associations with parenting behaviors and couple adjustment. *J Consultant Clin Psychol* 2010;78(5):599-610.
61. Van Hasselt VB, Sheeran DC, Malcom AS, Sellers AH, Baker MT, Couwels J. The Law Enforcement Officer Stress Survey (LEOSS): evaluation of psychometric properties. *Behavior Modification* 2008;32(1):133-151.
62. Liberman AM, Best SR, Metzler TJ, Fagan JA, Weiss DS, Marmar CH. Routine occupational stress and psychological distress in police. *Policing. Intl. J. Police Strat. Mngt.* 25:421–439.
63. World Health Organization. Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers; 2009.
64. Pesce RP, Avanci JQ, Assis SG. Agressividade e transgressão em crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/CNPq; 2008.
65. Assis SG, Ximenes LF, Avanci JQ, Pesce RP. Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância. Rio De Janeiro: Fiocruz/ENSP/CLAVES/CNPQ; 2007.
66. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009;14(2).
67. Avanci JQ, Assis SG, Pesce RP. Depressão em crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPQ; 2008.
68. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Childhood adversities and adult psychopathology in the national comorbidity survey replication (NCS-R): Associations with Functional Impairment Related to DSM-IV Disorders Background. *Psychological Medicine* 2010;40:847–859.
69. World Health Organization. Violence - a global public health problem. Geneva: World Health Organization; 2002. p.5. (WHO Report on Violence and Health)
70. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil – um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: MS; 2005. p.44.
71. Fleitlich-Bylyk B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ* 2001;(323):599-600.

72. Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R, Duarte CS. Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida . Rev. Bras. Psiquiatr. 2006; (28): 290-296.
73. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Publica 2010; 27(4):300-8.
74. Paula CS, Duarte CS, Bordin ISA. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da Região Metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. Rev. Bras. Psiquiatr. [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Apr 22] ; 29(1): 11-17.
75. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.
76. Assis e Avanci 2004
77. Abranches CD, Assis S G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. Cad. Saúde Pública. 2011 May [cited 2013 Apr 22] ; 27(5): 843-854.
78. Phebo L, Moura ATSM. A violência urbana: um desafio para o pediatra. J Pediatr (Rio J) 2005;81(5 Supl):S189-S196.
79. Sarkar P, Bergman K, O'Connor TG, Glover V. Maternal antenatal anxiety and amniotic fluid cortisol and testosterone: possible implications for foetal programming. Journal Of Neuroendocrinology 2008;20:489-496.
80. Rice F, Harold GT, Boivin J, van den Bree M, Hay DF, Thapar A. The Links Between Prenatal Stress And Offspring Development And Psychopathology: Disentangling Environmental And Inherited Influences. Psychological Medicine 2010; 40:335-345.
81. Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(11):1454-1463.
82. Grassi-Oliveira R, Ashy M, Stein LM. Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? Rev Bras Psiquiatr 2008;30(1):60-68.
83. Vilete, LMP. Resiliência a eventos traumáticos: conceito, operacionalização e estudo seccional.[thesis] Rio de Janeiro:ENSP/Fiocruz: 2009.

84. Viola TW, Schiavon BK, Renner AM, Grassi-Oliveira R. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul* 2011;33(1):55-62.
85. Creswell JW, Clarck VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. UK: Sage; 2011
86. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
87. Brasil HHA: Development of the Brazilian version of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) and study of psychometric properties [In Portuguese]. PhD [thesis] Universidade Federal de São Paulo, Department of Psychiatry; 2003.
88. Brasil HH, Bordin IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry* 2010;19:10-83.
89. Birmaher B, Ehmman M, Axelson DA, Goldstein BI, Monk K, Kalas C. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children- a preliminary psychometric study. *J Psychiatr Res* 2009;43(7):680–686.
90. Richters JE, Martinez P. *Things I have seen and heard: a structured interview for assessing young children’s violence exposure*. Rockville MD: National Institute of Mental Health; 1992.
91. Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosom Res* 1997;2:125-42.
92. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2005;39(5):702-8
93. Muniz J. *Ser policial é sobretudo uma razão de ser: cultura e cotidiano da polícia militar do Estado do Rio de Janeiro* [thesis]. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, Universidade Cândido Mendes; 1999.
94. Scrivner EM. *On the front lines: police stress and family well-being*. Hearing before select comtee on children, youth and families, house of representatives. 102nd Congress. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1991.
95. Minayo MCS. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(3):621-626.

96. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(1):17-27.
97. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica 2012.
Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301> (acessado em 10 de novembro de 2012).
98. Yamada A, Kato M, Suzuki S, Suzuki S, Watanabe N, Akechi T, et al. Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:119. <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/12/119>. (acessado em: 21/01/2013)
99. Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Rohde LA, Pinto D. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Rev Psiquiatr Rs* 2006;28(3):290-7.
100. Potter MP, Liu HY, Monuteaux MC, Henderson CS, Wozniak J, Wilens TE, Biederman J. Prescribing patterns for treatment of pediatric bipolar disorder in a specialty clinic. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19(5):529-38.
101. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):577-84.
102. Stover CS, Berkowitz S, Marans S, Kaufman J. Posttraumatic Stress Disorder. In: Lewis M, Martin A, Volkmar F, editors. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2007. p. 36-44.
103. Galovski T, Lyons JA. Psychological sequelae of combat violence: a review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior* 2004;9(5):477-501
104. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Who multi- study on women's health and domestic violence against women studyteam. Prevalence of intimate partner violence: findings from the who multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; *Psychiatry* 2003;42(10):1203–1211.
105. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Nov; 23(11):2767-2779. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/23.pdf>. (acessado em: 10 de Outubro de 2012)

106. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003;112(2):119–131.
107. Renshaw KD, Rodriques CS, Jones DH. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *Journal of Family Psychology*.2008;22(3):586–594.
108. Morris A, Gabert-Quillen C, Delahanty D. The association between parent PTSD/depression symptoms and child PTSD symptoms: a meta-analysis. *Pediatr.Psychol* 2012;37(10):1076-1088.

ANEXOS:

- 1- Questionários sobre renda, composição familiar, ocupação materna/paterna.
- 2-Roteiro de entrevistas com responsáveis por crianças e adolescentes.
- 3-Roteiro de entrevistas com os adolescentes (acima de 12 anos).
- 4-Escalas sobre vivência de Violências:
 - 4.1-Coisas que Vi e Ouvi.
 - 4-2-Escala de Violência Psicológica.
- 5.1-Termos de Consentimento Livre e Esclarecido-Responsável
- 5.2-Termos de Consentimento Livre e Esclarecido-Responsável
- 5.3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-Adolescente
- 6-K-SADS-PL (Kiddie-Sads-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children- Present and Lifetime Version)- entrevista semi-estruturada para aferição de Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes

Anexo 1: Questionário Sociodemográfico.

**Projeto de pesquisa: Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes
Filhos de Policiais Militares do Rio de Janeiro.**

Responsável: Cristiane Cavalcante Paixão

Questionário 1:

RG:

Data:

Nº na pesquisa:

Este questionário é sobre informações gerais a respeito da vida da criança ou do (a) adolescente e contém perguntas sobre a família, a casa e a escola. As respostas são sigilosas e muito importantes para auxiliar na compreensão das respostas sobre os questionários e entrevistas que virão a seguir. Caso você tenha dúvidas de como respondê-las, pergunte.

A. Sexo da Criança/Adolescente:

1. () masculino 2. () feminino

B. Cor/raça da criança/adolescente:

1. () branca 2. () preta 3. () Parda
4. () Amarela/Indígena

C. Dados Escolares:

Em que série estuda?

1. () não estuda 2. () creche 3. () pré-escola

4. Ensino Fundamental:

- 4.1. () 1º ano 4.2 () 2º ano 4.3 () 3º ano 4.4 () 4º ano
4.5 () 5º ano

Banheiro _____(quantidade)

Empregada doméstica mensalista _____(quantidade)

Geladeira _____(quantidade)

Freezer (independente ou parte da geladeira duplex) _____(quantidade)

Máquina de lavar roupas _____(quantidade)

Rádio _____(quantidade)

Televisão (cores) _____(quantidade)

Vídeo cassete e/ou DVD _____(quantidade)

G2.No MÊS PASSADO quanto ganharam as pessoas que trabalham e que contribuem para o sustento da “criança”? (caso não especifique colocar 9999)

1 pessoa _____ (grau parentesco) _____ reais por mês

1 pessoa _____ (grau parentesco) _____ reais por mês

1 pessoa _____ (grau parentesco) _____ reais por mês

1 pessoa _____ (grau parentesco) _____ reais por mês

1 pessoa _____ (grau parentesco) _____ reais por mês

Preencha o grau de parentesco de acordo com a legenda abaixo.

1- Mãe 2- Pai 3-Avó 4- Avô 5- Tia (o) 6- Irmã
7- Irmão 8- Outros

G3.As pessoas da família que trabalham e contribuem para o sustento da família têm outra renda? (pensão, pensão alimentícia, aluguel, mesada, bolsa-auxílio, cheque cidadão, benefício do Estado, outros) (caso não especifique colocar 9999)

1.() sim. quais? _____ quanto? _____ reais/mês

2.() não

() não sabe/não se aplica.

Respondente -citar a relação (pai, mãe, avó, responsável etc) com a criança/adolescente:

Anexo 2 :

Roteiro de entrevista para crianças de 6 a 12 anos - Perguntas para serem respondidas pelos pais ou responsáveis

- 1) Seu filho/filha sabe qual a atividade profissional do pai/mãe?
- 2) Como vocês explicaram p/ ele qual o tipo de trabalho do pai/mãe?
- 3) O que seu filho/filha fala sobre isto?
- 4) Como o seu filho vê a profissão do pai? Como ele se sente em relação a ela?
- 5) Alguém em casa expressa medo ou preocupação com esta atividade? De que maneira?
- 6) Como a família lida com: a) trabalho em turnos, b) serviço extra, c) divulgação das operações policiais pela mídia, d) notícias sobre morte, prisão, envolvimento de policiais com crime e corrupção, e) imprevisibilidade do trabalho, f) risco da atividade policial.
- 7) Já houve algum episódio em que a profissão tenha colocado em risco a família?
- 8) Como você descreveria a família de um policial? Tem algo diferente?
- 9) O policial militar com quem você convive já foi vitimado no exercício da profissão?
- 10) Como a família reage as notícias sobre o bom trabalho policial, como nas ocupações recentes e implantações das UPPs?

Anexo 3

Roteiro de Entrevista Para os Adolescentes:

- 1) Qual o trabalho do seu pai/mãe? O que ele faz durante o trabalho?
- 2) O que você acha do trabalho dele/ dela? Por quê?
- 3) Como você se sente quando seu pai/mãe sai para o trabalho?
- 4) O que você responde quando perguntam qual a profissão do seu pai/mãe?
- 5) Como você se sente quando escuta falar ou vê notícias sobre morte de policiais e envolvimento de policiais em crime ou corrupção?
- 6) Você já percebeu se alguém na sua casa se preocupa quando o seu pai/padrasto/mãe sai para trabalhar? No caso afirmativo, explique.
- 7) Alguém na sua família, incluindo você, já foi vítima de ameaça, perseguição ou preconceito pela atividade profissional do militar? Em caso positivo, explique.
- 8) Como você se sente sendo filho/filha de um policial militar?
- 9) Como você descreveria a família de um policial? Tem algo diferente?
- 10) Você já pensou ou pensa em ser policial? Explique: em caso positivo explique o que você vê de bom nesta profissão? Em caso de já ter pensado e desistido, explique os motivos. Em caso de nunca ter pensado, explique os motivos.

Anexos 4.1 e 4.2: Escalas de Violência

4.1: Coisas que Vi e Ouvi (Richters e Martinez, 1992)

Projeto de pesquisa: Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Filhos de Policiais Militares do Rio de Janeiro.

Responsável: Cristiane Cavalcante Paixão

Nº pesquisa:

Data:

Todos os dias nós vemos nos noticiários, na TV e nos filmes coisas ruins acontecendo às pessoas, mas eu vou te perguntar sobre coisas que você pode ter visto ou ouvido na VIDA REAL. Você me dirá quantas vezes você viu ou ouviu cada item na VIDA REAL.

a. Quantas vezes você ouviu tiros serem disparados?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.()

Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora

4.() Outros lugares

b. Quantas vezes você viu alguém ser preso?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.()

Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

1.() Na sua casa 2.() Na sua escola () No bairro em que você mora ()

Outros lugares

c. Com que frequência você se sente seguro na sua casa?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.()
Muitas vezes

d. Quantas vezes você viu tráfico de drogas?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.()
Muitas vezes

e. Quantas vezes você viu alguém ser espancado?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.()

) Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora
4.() Outros lugares

f. Quantas vezes você ouviu adultos na sua casa gritarem um com o outro?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.()
) Muitas vezes

g. Quantas vezes você viu alguém ser esfaqueado?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.()
) Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora
4.() Outros lugares

h. Quantas vezes você viu alguém ser baleado?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes
5.() Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora
4.() Outros lugares

i. Quantas vezes você viu uma arma na sua casa?

1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.()
) Muitas vezes

- j. Com que frequência você se sente seguro na escola?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes
- k. Quantas vezes você viu adultos na sua casa baterem um no outro?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes
- l. Com que frequência você se sente seguro quando você está fora de casa, no seu bairro?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes
- m. Quantas vezes você viu uma pessoa morta no seu bairro? [Não inclui idas a funerais]
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes
- n. Quantas vezes você viu gangues/ bandidos no seu bairro?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes
- o. Quantas vezes você viu alguém puxar uma arma de fogo para outra pessoa?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes
- Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:
1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora
4.() Outros lugares
- p. Quantas vezes você viu alguém ser baleado ou esfaqueado na sua casa?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes
5.() Muitas vezes
- q. Quantas vezes a sua casa foi arrombada?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes

- r. Quantas vezes você viu alguém apontar uma faca para outra pessoa?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

- 1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora
4.() Outros lugares

- s. Quantas vezes você viu alguém roubar alguma coisa da casa de outra pessoa ou de uma loja?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes

- t. Com que frequência os adultos são bons para você?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes

- u. Quantas vezes você foi espancado?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

- 1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora
5.() Outros lugares

- v. Quantas vezes você viu drogas na sua casa?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes

- w. Quantas vezes alguém ameaçou matar você?
1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.() Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

- 1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora
4.() Outros lugares

- x. Quantas vezes alguém ameaçou atirar em você?

- 1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.(
) Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

- 1.() Na sua casa () Na sua escola () No bairro em que você mora ()

Outros lugares

y. Quantas vezes alguém ameaçou esfaquear você?

- 1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.(
) Muitas vezes

Se afirmativo (pode marcar mais de um item), onde:

- 1.() Na sua casa 2.() Na sua escola 3.() No bairro em que você mora

4.() Outros lugares

z. Quantas vezes adultos na sua casa ameaçaram esfaquear ou atirar um no outro?

- 1.() Nunca 2.() 1 vez 3.() 2 vezes 4.() 3 vezes 5.(
) Muitas vezes

Anexo4.2: Escala de Violência Psicológica (Pitzner& Drummond,1997).

A seguir você responderá perguntas sobre situações que podem ocorrer com qualquer pessoa, na família, na escola, na comunidade. Procure responder com calma e atenção. Suas respostas não serão vistas por ninguém além da pesquisadora. Se você tiver dúvidas sobre as perguntas, pare e pergunte sobre elas, a qualquer momento. Se precisar de ajuda por algum outro motivo, comunique. Depois que você terminar de responder iremos conversar a respeito.

Complete a frase com: sempre, quase sempre, às vezes, raramente ou nunca.
DURANTE A SUA INFÂNCIA OU ADOLESCÊNCIA ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA (PAI, MÃE, IRMÃOS, TIOS, AVÓS ...).

a) Humilhou você ?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

b) Demonstrou falta de interesse por você?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

c) Culpou você por falhas que ele/ela cometeu?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

d) Culpou você por falhas cometidas por outras pessoas?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

e) Criticou você pelas coisas que você faz e diz?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

f) Criticou você pela sua aparência e pelo modo como você se veste?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

g) Criticou seus amigos?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

h) Não te elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

i) Não te encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esportes)?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

j) Disse a você que você não é tão bom quanto as outras pessoas?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

k) Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

l) Chamou você de nomes desagradáveis como “doido”, “idiota” ou “burro”?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

m) Fez piadas sobre você na frente de outras pessoas?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

n) Não acreditou em você (você estava inventando alguma coisa/mentindo)?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

o) Disse a você que você estava errado/a quando você disse ou fez alguma coisa?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

p) Ignorou você quando você procurava carinho?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

q) Forçou você a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

r) Humilhou você fazendo piadas sobre seu corpo?

1.() sempre 2.() quase sempre 3.() às vezes 4.() raramente 5.() nunca

Você pensou em alguém especial ao responder essas questões? (*pode marcar mais de uma opção*)

1. () pai 2. () mãe 3. () padrasto 4. () madrasta
5. () irmão (ã) 6. () tio(a) 7. () avô 8. () avó
9. () outros _____ 10. () Não pensei em ninguém em especial.

Além da forma negativa de tratamento na família que comentamos acima, já aconteceu de você apanhar ou sofrer algum tipo de agressão física por alguém da sua família quando você era mais novo?

1. () SEMPRE 2. () MUITAS VEZES 3. () ALGUMAS VEZES 4. () NUNCA

E hoje, você continua a apanhar ou sofrer outro tipo de agressão física por alguém da sua família?

1. () SEMPRE 2. () MUITAS VEZES 3. () ALGUMAS VEZES 4. () NUNCA

10. Você já sofreu algum tipo de agressão sexual?

1. () SIM (QUEM? _____)
2. () NÃO

Anexo 5.1:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — Responsável 1

Projeto de pesquisa: Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Filhos de Policiais Militares do Rio de Janeiro.

Responsável: Cristiane Cavalcante Paixão.

Instituição responsável pela pesquisa: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro Tel: (21) 2290-4049

Nome das orientadoras: Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino.

Caro(a) responsável,

Eu, Cristiane Cavalcante Paixão, venho pedir que voluntariamente permita a participação de seu(sua) filho(a) da pesquisa acima mencionada, para a minha dissertação de mestrado a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Leia com atenção as informações abaixo antes de concordar.

1. Tendo concordado, seu(sua) filho(a) fará parte de uma pesquisa que pretende observar alterações emocionais, do comportamento, do desenvolvimento e outras características que possivelmente estejam causando sofrimento e prejudicando diferentes aspectos da vida de crianças e adolescentes, filhos ou dependentes de policiais militares, atendidos no ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPM. Seu(sua) filho(a) foi escolhido(a) para participar deste estudo pois foi encaminhado(a) para atendimento neste ambulatório.
2. Seu (sua) filho(a) será entrevistado(a) por mim, médica deste serviço, aqui mesmo no ambulatório. Saiba que esta pesquisa não oferece risco para a saúde de seu(sua) filho(a). Nesta entrevista iremos abordar temas referentes à sua família, à sua escola e à comunidade em que você vive. Pedimos permissão para gravar as entrevistas para que possamos ser fiéis ao seu relato com o compromisso do anonimato do seu depoimento. As fitas serão transcritas e depois destruídas. Pode ser necessário mais de um encontro para concluir a entrevista que deverá ter a duração aproximada de 1 hora.
3. Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todas as pessoas que participarem das entrevistas, portanto sua identidade e a de seu(sua) filho(a) será mantida em segredo (sigilo).
4. SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que você terá direito de decidir se quer ou não participar a qualquer momento assim como pedir qualquer tipo de informação que julgar necessária durante e após a realização da pesquisa. Os resultados serão apresentados numa tese de mestrado a ser avaliado por banca aceita pela Comissão de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Estes também poderão ser apresentados em um ou mais artigos a serem publicados em revistas científicas (nacionais e internacionais) e divulgados em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais), salas de aula e etc, nunca mencionando os nomes dos participantes.
5. Caso você recuse a participação na pesquisa asseguramos que o atendimento de seu filho(a) será mantido sem qualquer alteração.
6. Em caso de qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora do projeto de pesquisa no CLAVES, situado na Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro, ou pelo telefone/fax (0xx) (21) 2290-4893, no horário de 9 às 17 horas ou por e-mail: paixaoccp@gmail.com

Este projeto está registrado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos/ CEP/ENSP que está a sua disposição para eventuais esclarecimentos e outras providências que sejam necessárias. Email: cep@ensp.fiocruz.br Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo. Manguinhos. RJ 21041-210. Telefone: (21)2598-2863.

Eu, _____, abaixo assinado, aceito participar e autorizo voluntariamente a participação de meu filho(a) neste estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas e dúvidas foram claramente respondidas pela pesquisadora.

assinatura

data

Anexo 5.2:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESPONSÁVEL II

Projeto de pesquisa: Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Filhos de Policiais Militares do Rio de Janeiro.

Responsável: Cristiane Cavalcante Paixão.

Instituição responsável pela pesquisa: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro **Tel:** (21) 2290-4049

Nome das orientadoras: Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino.

Caro(a) responsável,

Eu, Cristiane Cavalcante Paixão, venho pedir que você voluntariamente participe da pesquisa acima mencionada, para a minha dissertação de mestrado a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Leia com atenção as informações abaixo antes de concordar.

1. Tendo concordado, você fará parte de uma pesquisa que pretende observar alterações emocionais, do comportamento, do desenvolvimento e outras características que possivelmente estejam causando sofrimento e prejudicando diferentes aspectos da vida de crianças e adolescentes, filhos ou dependentes de policiais militares, atendidos no ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPM. Seu(sua) filho(a) foi escolhido(a) para participar deste estudo pois foi encaminhado(a) para atendimento neste ambulatório e a entrevista com você é parte da avaliação.
2. Você será entrevistado(a) por mim, médica deste serviço, aqui mesmo no ambulatório. Saiba que esta pesquisa não oferece risco para a saúde de seu(sua) filho(a). Nesta entrevista iremos abordar temas referentes aos aspectos da saúde e comportamento de seu(sua) filho(a), à sua família, à escola de seu(sua) filho(a) e à comunidade em que vocês vivem. Pedimos permissão para gravar as entrevistas para que possamos ser fiéis ao seu relato com o compromisso do anonimato do seu depoimento. As fitas serão transcritas e depois destruídas. Pode ser necessário mais de um encontro para concluir a entrevista que deverá ter a duração aproximada de 1 hora.
3. Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todas as pessoas que participarem das entrevistas, portanto sua identidade e a de seu(sua) filho(a) será mantida em segredo (sigilo).
4. SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que você terá direito de decidir se quer ou não participar a qualquer momento assim como pedir qualquer tipo de informação que julgar necessária durante e após a realização da pesquisa. Os resultados serão apresentados numa tese de mestrado a ser avaliado por banca aceita pela Comissão de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Estes também poderão ser apresentados em um ou mais artigos a serem publicados em revistas científicas (nacionais e internacionais) e divulgados em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais), salas de aula e etc, nunca mencionando os nomes dos participantes.
5. Caso você recuse a participação na pesquisa asseguramos que o atendimento de seu filho(a) será mantido sem qualquer alteração.
6. Em caso de qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora do projeto de pesquisa no CLAVES, situado na Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro, ou pelo telefone/fax (0xx) (21) 2290-4893, no horário de 9 às 17 horas ou por e-mail: paixaoccp@gmail.com

Este projeto está registrado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos/ CEP/ENSP que está a sua disposição para eventuais esclarecimentos e outras providências que sejam necessárias. Email: cep@ensp.fiocruz.br Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo. Manguinhos. RJ 21041-210. Telefone: (21)2598-2863.

Eu, _____, abaixo assinado, aceito participar e autorizo voluntariamente a participação de meu filho(a) neste estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas e dúvidas foram claramente respondidas pela pesquisadora.

Assinatura

data

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — ADOLESCENTE

Projeto de pesquisa: Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Filhos de Policiais Militares do Rio de Janeiro.

Responsável: Cristiane Cavalcante Paixão.

Instituição responsável pela pesquisa: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro **Tel.:** (21) 2290-4049

Nome das orientadoras: Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino.

Caro(a) adolescente,

Eu, Cristiane Cavalcante Paixão, venho convidá-lo(a) a participar voluntariamente da pesquisa acima mencionada, para a minha tese de mestrado a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Leia com atenção as informações abaixo antes de concordar.

1. Tendo concordado, você fará parte de uma pesquisa que pretende observar alterações emocionais, do comportamento, do desenvolvimento e outras características que possivelmente estejam causando sofrimento e prejudicando diferentes aspectos da vida de crianças e adolescentes filhos ou dependentes de policiais militares, atendidos no ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPM. Você foi escolhido para participar deste estudo pois foi encaminhado para atendimento neste ambulatório.
2. Você será entrevistado por mim, médica deste serviço, aqui mesmo no ambulatório. Saiba que esta pesquisa não oferece riscos para a sua saúde. Nesta entrevista iremos abordar temas referentes à sua família, à sua escola e à comunidade em que você vive. Pedimos permissão para gravar as entrevistas para que possamos ser fiéis ao seu relato com o compromisso do anonimato do seu depoimento. As fitas serão transcritas e depois destruídas. Pode ser necessário mais de um encontro para concluir a entrevista que deverá ter a duração aproximada de 1 hora.
3. Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todas as pessoas que participarem das entrevistas, portanto sua identidade será mantida em segredo (sigilo).
4. SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que você terá direito de decidir se quer ou não participar a qualquer momento assim como pedir qualquer tipo de informação que julgar necessária durante e após a realização da pesquisa.
5. Caso você se recuse a participar da pesquisa o seu atendimento neste ambulatório será mantido sem qualquer alteração.
6. Os resultados serão apresentados numa dissertação de mestrado a ser avaliado por banca aceita pela Comissão de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Estes também poderão ser apresentados em um ou mais artigos a serem publicados em revistas científicas (nacionais e internacionais) e divulgados em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais), salas de aula e etc, nunca mencionando os nomes dos participantes.
7. Em caso de qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora do projeto de pesquisa no CLAVES, situado na Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro, ou pelo telefone/fax (0xx) (21) 2290-4893, no horário de 9 às 17 horas ou por e-mail: paixaoccp@gmail.com

Este projeto está registrado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos/ CEP/ENSP que está a sua disposição para eventuais esclarecimentos e outras providências que sejam necessárias. Email: cep@ensp.fiocruz.br. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo. Manguinhos. RJ 21041-210. Telefone: (21)2598-2863.

Eu, _____, abaixo assinado, aceito participar voluntariamente neste estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas e duvidas foram claramente respondidas pela pesquisadora.

Assinatura

data