

SOMA-SI

Um programa de Autogerenciamento do Bem-Estar a partir da análise do Estresse de Agentes da Segurança Pública do Espírito Santo

Proponente: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

RESUMO

A pesquisa “SOMA-SI - Programa de Autogerenciamento do Bem-Estar a partir da Análise do Estresse de Agentes da Segurança Pública do Espírito Santo” é uma pesquisa-ação técnica piloto. Suas ações são dirigidas ao levantamento (*survey*) das condições de estresse e à solução de problemas de saúde e qualidade de vida (ação técnica) dos servidores que compõem o sistema de segurança pública do ES, a partir de quatro componentes: acompanhamento técnico psicológico, nutricional e cardiológico; psicoterapia breve individual; oficinas técnicas de grupo; e gerenciamento técnico de casos complexos. O objetivo é levantar as condições de estresse da população-alvo e avaliar os efeitos tanto da intervenção multicomponente sobre condições de estresse percebido quanto da combinação de suporte da rede social e gerenciamento de caso sobre o desfecho de casos complexos. Serão participantes 592 adultos selecionados por amostragem não-probabilística proporcional entre as diversas categorias de agentes da segurança pública do ES: polícias militar, civil, rodoviária e federal; corpo de bombeiros; guardas civis municipais e atuantes em nível sistêmico estadual. O levantamento será feito a partir de quatro instrumentos: (1) Escala de Estresse Percebido (PSS); (2) Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (SMBM), (3) Escala de Estresse no Trabalho (EET); e (4) Relação de Sintomas de Estresse (RSE). Os dados do levantamento, avaliados por técnicas quantitativas, serão relevantes para a tomada de decisão sobre critérios de inclusão dos participantes nas quatro ações de intervenção multicomponente para promoção e melhoria da sua saúde e qualidade de vida. Cada componente tem um procedimento metodológico específico, como medidas pré e pós-intervenção e instrumentos indicados em anexo: (1) acompanhamento técnico por especialidade (cardiologia, nutrição e psicologia); (2) psicoterapia breve comportamental; (3) oficinas de técnicas de grupo (para empatia e assertividade); e (4) gerenciamento de casos complexos. Como desmembramentos, a pesquisa poderá melhorar as condições de trabalho e aumentar a produtividade, a economicidade e a qualidade da prestação dos serviços públicos de segurança no ES.

INTRODUÇÃO

Esta proposta, denominada “SOMA-SI: Um programa de Autogerenciamento do Bem-Estar a partir da análise do Estresse de Agentes da Segurança Pública do Espírito Santo”, é uma pesquisa científica do tipo pesquisa-ação técnica, com característica de projeto-piloto, estruturada a partir de um estudo de levantamento, como parte do Programa de Valorização do Servidor da Segurança Pública do Estado do Espírito Santo. Como projeto-piloto, descreve a proposição de ações temporárias para testar a viabilidade de uma proposta de intervenção adaptada e voltada exclusivamente para essa valorização do servidor, contemplando ações que gerem efeitos positivos no âmbito da sua saúde física e mental, a partir de dados de levantamento. O nome *SOMA-SI* refere tanto “conjunto, somatório” ou “essência”, como em *corporação* (=conjunto de pessoas com alguma afinidade de profissão), quanto “corpo vivo”, como em *somático* (=corporal; relativo a ou próprio do corpo). Ao termo acrescentou-se o “si”, a forma oblíqua (=autoinclinada) do pronome pessoal que, neste projeto, enfatiza a ação autoconsciente de debruçar-se sobre o próprio corpo para gerenciar a própria saúde.

O SOMA-SI se insere no contexto da mudança de paradigma em relação aos recursos humanos das instituições de segurança pública no Brasil. Esse contexto emergiu de movimentos culturais na política pública de segurança, tendo dois grandes marcos temporais (Futino & Delduque, 2020): (1) em 2000, com o Plano Nacional de Segurança Pública e com a criação do Fundo Nacional de Segurança Pública; e (2) em 2018, com a criação do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP). A Lei Nº 13.675, de 11 de junho de 2018 (Brasil, 2018) que criou o SUSP, também criou a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), que em seu pouco tempo de existência evidencia, no Art. 6º, inciso XXII, um de seus objetivos de: “estimular e incentivar a elaboração, a execução e o monitoramento de ações nas áreas de valorização profissional, de saúde, de qualidade de vida e de segurança dos servidores que compõem o sistema nacional de segurança pública”. Assim, um dos objetivos desta lei sustenta e dá mérito à proposição do SOMA-SI, cujo foco é o autogerenciamento do bem-estar, por meio de ações dirigidas à saúde e à qualidade de vida dos servidores que compõem o sistema de segurança pública do Estado do Espírito Santo.

O trabalho do policial se reveste de importância fundamental no contexto da segurança pública, com inúmeros desafios que o tornam complexo, sobretudo devido ao

aumento considerável da valorização da segurança nas diferentes esferas da vida do cidadão: sua integridade física, seus bens e patrimônio, seu trabalho, sua família, enfim, sua vida como um todo (Minayo & Adorno, 2013). A literatura científica especializada da área tem demonstrado que a categoria profissional policial atua sob elevado risco, com possíveis implicações para a saúde física e mental de seus membros, sobretudo a mental, no que se refere ao estresse, depressão, uso de álcool e outras drogas e suicídio (Ferreira, Bonfim & Augusto, 2012; Souza & Minayo, 2005; Souza, Minayo, Silva & Pires, 2012).

Couto, Brito, Vasconcelos-Silva e Lucchese (2012) apontaram, por exemplo, que 55% da sua amostra pesquisada, 325 policiais militares, apresentavam sintomas de estresse, notadamente nas fases da resistência (fase que já informa necessidade de tratamento) e fase da quase-exaustão (a que antecede a última fase, a da exaustão, com possível presença de sintomas graves, como o infarto). Algumas variáveis da amostra, como o tempo de carreira, tiveram efeitos positivos na redução do estresse, ou seja, quanto maior o tempo na corporação, menor a susceptibilidade ao estresse, o que indica uma possível adaptação laboral ao longo da carreira. Oliveira e Bardagi (2010), por sua vez, identificaram que 57,3% de uma mostra de 75 policiais militares estavam estressados, com predominância da fase de resistência ao estresse; já Oliveira e Santos (2010) encontraram índice superior a 90% de estresse em uma amostra de 24 policias militares do estado de São Paulo.

Em um estudo comparativo com uma amostra de 1.458 policiais civis e 1.108 policiais militares, Minayo, Assis e Oliveira (2011) encontraram maior intensidade de sofrimento psíquico (sintomas psicossomáticos, depressivos e de ansiedade) em policiais civis do que em militares. Os autores mostraram os danos à saúde física desses profissionais, como sobrepeso e obesidade, bem como dores crônicas. Minayo et al. (2011) identificaram também os efeitos em longo prazo do estresse laboral na segurança pública: uso de álcool e outras drogas, comportamentos agressivos e envelhecimento precoce. Violanti et al. (2019) publicou um dos últimos “estado da arte” da pesquisa científica sobre estresse e saúde em policiais. Os subtítulos das seções do seu artigo listam as principais condições de saúde do policial: exposição a eventos traumáticos recentes, efeitos de eventos traumáticos passados em transtornos de estresse pós-traumático, suicídio, efeitos de estressores da corporação, incluindo as desgastantes escalas de trabalho e trauma vicariante de membros da família do policial (que é quando

o familiar do policial manifesta sintomas de mal-estar pelos impactos indiretos da atividade do policial).

Um artigo de revisão sistemática da literatura científica recente sobre saúde mental na segurança pública (Futino & Delduque, 2020) compilou os estudos brasileiros sobre saúde mental no trabalho das polícias no período de 2007 a 2017. Usando o critério de abrangência e pertinência ao tema “saúde mental no trabalho em segurança pública”, Futino e Delduque analisaram 20 estudos com público-alvo brasileiro, de quatro principais instituições de segurança pública: Polícia Militar (PM), Polícia Civil (PC), Corpos de Bombeiros Militares (CBM) e Polícia Técnico-Científica (PTC). Concluíram que 57% das pesquisas com saúde mental de servidores da segurança são sobre a PM e apenas 5% são sobre a PC e os CBM. Não há estudos de saúde mental com a PTC. A Polícia Rodoviária Federal (PRF) não foi estudada em nenhum artigo revisado por Futino e Delduque (2020), tornando relevantes estudos que englobem também essa categoria de policiais. Problemas relacionados ao transporte terrestre divulgados na mídia (i. e., crimes ambientais, acidentes de trânsito, contrabando nas fronteiras, tráfico de drogas, tráfico de crianças, adolescentes e mulheres para exploração sexual, dentre outros) tornam a profissão de policial rodoviário federal uma das mais estressantes (Pôrto, 2013).

Na atividade do setor de segurança pública, o estresse, de acordo com Gaspary, Selau e Amaral (2008), se relaciona à queda de produtividade. No artigo “Segurança pública no Brasil: eficiência e defasagem tecnológica”, Lima e Marinho (2016) comprovaram estatisticamente que a eficiência da segurança pública tem correlação negativa com a taxa de homicídios (i.e., quanto mais produtividade, menos homicídios, e vice-versa). A queda da produtividade, tanto de policiais quanto de qualquer profissional, se deve ao próprio significado da palavra *estresse*: desgaste. De acordo com a Isma-BR (*International Stress Management Association*), citada por Silva et al. (2020), 72% dos brasileiros ativos têm sequelas devido ao desgaste excessivo no trabalho. Em níveis elevados, essa condição desencadeia a famosa Síndrome de *burnout*, condição de esgotamento físico e mental intenso que já acometeu mais de 32% dos profissionais atuantes no Brasil, ou seja, mais de 33 milhões de pessoas.

É normal sentir os efeitos de desgaste no corpo como produto de atividades profissionais, por exemplo, na forma de falta de energia e cansaço. Isto é derivado da ação de hormônios associados a esse desgaste. Na primeira fase de progressão do estresse, a do alerta, por exemplo, ocorre uma maior secreção de hormônios anti-

inflamatórios, como a desoxicorticosterona, corticoide que aumenta a frequência cardíaca e a pressão arterial, permitindo uma maior circulação sanguínea e uma melhor oxigenação dos tecidos (Selye, 2018). Ainda que algumas vezes o grau leve de estresse possa ser favorável, até mesmo para a sobrevivência, os graus moderado e grave, em fases mais adiantadas do estresse (quase-exaustão e exaustão), podem ser maléficos ao organismo, já que a exposição constante a esses hormônios pode desencadear diversos problemas de saúde, agudos ou crônicos. Em algumas contingências ambientais aversivas sem um fim sinalizado, a exemplo da atual pandemia da COVID-19, essa exposição se prolonga por um tempo indeterminado, o que faz com que os quadros de estresse tendam a se tornar ainda mais comuns na população em geral, conforme consta na revisão narrativa da literatura científica publicada recentemente por Borloti et al. (2020). Do ponto de vista emocional, segundo Borloti et al., os sintomas psicológicos mais comuns do estresse gerado por essa pandemia de COVID-19 são: sentimento de perseguição, sentimento de isolamento, desmotivação, irritabilidade, emotividade, ansiedade e apatia. Segundo os autores, esses sintomas podem estar presentes mais frequentemente em quadros de estresse agudo, estresse pós-traumático e desregulação emocional (envolvendo ansiedade, raiva e depressão). Por mais que o estresse esteja presente em quaisquer atividades desgastante na população em geral, o tipo de atividade de trabalho se destaca como estressor para muitas pessoas, em especial para servidores públicos das profissões de segurança (Cf. Gaspary, Selau e Amaral, 2008, que mostraram essa relação nos aspectos do trabalho geradores de insatisfação no servidor da PRF).

Costa, Accioly, Oliveira e Maia (2007) elencaram a ordem dos fatores do trabalho associados ao estresse e mais presentes nas profissões de segurança em geral, independentemente do tipo de policial: (1) carga de trabalho (em determinados períodos, e em determinadas operações, policiais têm uma carga elevada de trabalho com alteração, inclusive do ciclo do sono); (2) baixa autoestima; (3) prazos (o prazo pode implicar em menos descanso e mais trabalho); (4) tipo de trabalho (o tipo de trabalho do policial se caracteriza pelo alerta constante); (5) fazer o trabalho de outro, que tem a ver com a insatisfação, quando um servidor qualificado para uma tarefa executa outra tarefa; (6) insatisfação (um ambiente que não aproveita todo o potencial do servidor gera um servidor insatisfeito); (7) falta de controle sobre o que afeta o trabalho (a amplitude dessas competências, no caso da PRF, é diretamente proporcional à amplitude da criminalidade nas rodovias federais; Silva, 2003); (8) trabalhar durante

muitas horas (a ausência de pausas impede a interrupção da progressão do estresse que, da fase positiva do alerta pode passar à fase mórbida da exaustão); (9) frustração com o ambiente físico (passar muito tempo num local onde não se quer estar produz uma tensão contínua, por exemplo, estar em postos policiais sem infraestrutura adequada); (10) cumprimento de metas (metas e suas consequências, em especial as do seu descumprimento, mantém o alerta contínuo do policial).

De fato, policiais em geral (PM, PC, CBM, PRF e outros), ou mesmo seguranças privados, estão propícios ao adoecimento (Costa et al., 2007). No seu ofício, operadores da segurança pública, em especial os do *front*, estão expostos a eventos traumáticos e é comum o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (Carlier, Voerman & Gersons, 2000). Miranda et al. (2020), no último boletim do Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPES), registraram que em 2019 foram 143 notificações de suicídio (83 consumações e 39 tentativas), o que representa um crescimento de 39% em relação a 2018. Diante deste quantitativo de notificações, o referido boletim sugere uma política de saúde mental com seis dimensões integradas, sendo que, dentre elas, duas estão diretamente atreladas ao SOMA-SI: (1) a dimensão situacional, ou seja, a da atenção ao policial que tenha se envolvido em ocorrências de risco e experiências traumáticas; e (2) a dimensão individual, a de melhorias da rede de serviços de saúde da instituição.

O trabalho preventivo em saúde na categoria do servidor público da segurança é importante porque as peculiaridades da sua profissão, além dos riscos do seu ofício e do alerta contínuo nele exigido, se mostram na probabilidade de responsabilização por omissões ou por excessos de ações nesse ofício. Costa et al. (2007) lembraram que a sociedade cobra honestidade, compromisso e resolutividade do policial na manutenção de uma ordem e de uma segurança nem sempre constantes, e isto afeta ciclicamente as condições de trabalho em segurança pública, e delas pode decorrer o estresse como efeito do desgaste psicofisiológico do organismo do policial. Esse desgaste aparece de modo mais preponderante no aspecto psicológico, nutricional e cardiovascular (DuBois et al., 2015; Kivimäki & Steptoe, 2018), o que demanda intervenções compensatórias de abordagens integrativas, em especial com foco na Psicologia, na Cardiologia e na Nutrição.

As abordagens teóricas dos estudos em saúde mental no trabalho em segurança pública revisados por Futino e Delduque (2020) são muito variadas, fato que dificulta a unificação e o consenso sobre o conhecimento gerado e, principalmente, sobre

intervenções de escolha. Considerando os quatro grupos de abordagens da saúde mental no setor público da segurança, descritos pelas autoras, o SOMA-SI tem enquadre no grupo “Teoria do Estresse”, pois avalia a presença de sintomas de estresse nos policiais. Entretanto, diferentemente dos estudos do grupo, o SOMA-SI inova, tanto ao avaliar os sintomas de estresse quanto em intervir e avaliar impactos dessa intervenção em suas variáveis fisiológicas, nutricionais e emocionais de modo integrativo.

É antiga a concepção de que o bem-estar integra as saúdes física e mental, derivando a conhecida abordagem integrativa das intervenções preventivas de agravos à saúde e promocionais de saúde. Alguns sistemas fisiológicos são mais evidentemente responsivos aos fatores emocionais do que outros, como é o caso do sistema cardiovascular. Fatores emocionais negativos, relacionados a transtornos mentais e/ou sintomas de estresse, como a depressão, a ansiedade e a raiva, desempenham um papel no desenvolvimento e na progressão de doenças cardiovasculares, como bem estabelece a pesquisa científica atual (Sin, 2016; Kivimäki & Steptoe, 2018). Ademais, como demonstram estudos científicos na área da psiconeuroimunologia (Maia, 2002), estressores psicossociais diminuem a eficiência do sistema imunológico por alterarem o funcionamento cognitivo e emocional, o que faz aumentar a probabilidade do aparecimento de sintomas médicos.

Opostamente, fatores emocionais positivos estão correlacionados com baixo risco de incidência de doenças do sistema cardiovascular (Boehm & Kubzansky, 2012). Os estudos longitudinais de Boehm & Kubzansky e de DuBois et al. (2015), com pacientes com essas doenças, indicam que alto índice de bem-estar está correlacionado com risco reduzido dessas doenças e da mortalidade a elas relacionada. Ocorre que o bem-estar, em geral produzido pelo manejo adequado do estresse e da alimentação, parece funcionar na melhoria do sistema imunológico, o responsável fisiológico por desencadear a defesa e manter o equilíbrio e bom funcionamento do organismo (Maia 2002). No caso das doenças cardiovasculares, o bem-estar promove um funcionamento fisiológico adaptativo, atua como operação motivacional estabelecadora de comportamentos saudáveis e inocula os efeitos deletérios do estresse sobre a saúde, conforme demonstraram Folkman e Moskowitz (2000) e Ong (2010).

O bem-estar é um fator de proteção modificável de problemas cardiovasculares, recomendado por profissionais de saúde sobre o termo genérico de “comportamentos ligados ao estilo de vida” (Sin, 2016). Esses comportamentos podem ser compreendidos como uma classe de respostas cuja consequência é o bem-estar. Ela inclui o esquivar-se

de fumar e de consumir álcool e sal em excesso, o fazer atividades físicas e várias outras atividades definidas mais pelo seu efeito, como melhora da qualidade da dieta alimentar, do sono e do manejo de estressores. As consequências diretas e indiretas dessa classe de respostas têm relação com a alteração dos efeitos de estressores ambientais desgastantes da saúde do organismo. Assim, o bem-estar está associado a processos positivos relacionados à saúde (Machado & Bandeira, 2012).

Quanto ao comportamento alimentar, sabe-se que o estresse desempenha um importante papel nos transtornos alimentares; e que mudança no estresse pode afetar o comportamento alimentar e vice-versa. Koo-Loeb, Costello e Light (2000) demonstraram, numa amostra de pacientes com tendência a transtornos alimentares, a relação entre alterações cardiovasculares e indicadores biológicos e psicossociais de estresse. Relações semelhantes foram observadas no estudo de Ginty et al. (2012), entre a reação aguda de estresse, comportamento alimentar, modificações cardiovasculares e alterações nos níveis de cortisol. O estudo conduzido por Minayo, Assis e Oliveira (2011) mostrou o sobrepeso e a obesidade como danos à saúde das forças policiais civis e militares. Apesar de o estresse ser comumente descrito como variável precipitadora do comer excessivo, particularmente nos casos de obesidade, não há critérios claros para medidas de comportamento alimentar relacionado ao estresse e há poucos estudos com medidas objetivas de estresse e comportamento alimentar, segundo uma revisão sistemática da literatura, publicada este ano (Stammers et al., 2020).

Em síntese, no aspecto psicológico, é fundamental ao policial saber se o seu nível do estresse está moderado (quando pode ser benéfico) ou acima do aceitável, ou em níveis preocupantes (quando precisa de tratamento). Do ponto de vista emocional e comportamental, os sintomas mais comuns a serem observados pelo policial são, segundo Davis, Eshelman e Mackay (1996): (1) ansiedade em situações específicas (e.g., prazos e operações especiais) e em relacionamentos interpessoais (e.g., com cônjuge); (2) humor para baixo (tristeza, desesperança, impotência e baixa autoestima); (3) manifestação de raiva (e.g., irritação, ressentimento ou falta de paciência); e (4) medos, fobias, preocupações ou pensamentos recorrentes e indesejáveis.

No aspecto nutricional, é fundamental ao policial saber que o estresse altera a relação dele com a comida, no sentido em que, para equilibrar algumas perdas de nutrientes devido ao desgaste, o organismo dele torna ele mais predisposto a escolher comidas mais saborosas e com mais calorias. Isto o torna mais vulnerável ao abuso de açúcar e gordura, quando sob tensão, pois esse abuso alivia o desgaste produzido pelo

estresse. Ocorre que alguns policiais, além de poderem estar em locais de difícil acesso e acondicionamento de alimentos, costumam viver em uma contingência de desgaste prolongada, o que ocasiona uma maior exposição ao cortisol, “hormônio do estresse” produzido pelas glândulas suprarrenais, que possui efeitos sobre o sistema de recompensa cerebral, o que aumenta a sensibilidade do paladar aos alimentos mais calóricos (Davis, Eshelman, & Mackay, 1996). Esses alimentos, ricos em gordura e açúcar, geram prazer e outras emoções positivas, e essas emoções podem ser parte de lembranças que evocam a vontade de comer novamente esses alimentos, o que, em longo prazo, traz prejuízos ao bem-estar.

No aspecto cardiológico, é importante ao policial atentar se os sintomas relacionados ao estresse se prolongam para além das contingências aversivas que são inerentes à sua profissão, levando-o às últimas fases do processo de estresse, a quase-exaustão e a exaustão, quando ocorrem problemas de saúde graves, como a hipertensão prolongada, arteriosclerose e infarto agudo do miocárdio (Heidt et al., 2014). Cerca de 15% dos casos de infarto são causados por uma situação de estresse repentino e muito forte, provocando o fechamento de uma artéria coronária (Loures et al., 2002). Loures et al. afirmam que durante uma crise de estresse, a pessoa pode ter, ainda, sintomas parecidos aos de um infarto, como falta de ar, coração acelerado e transpiração excessiva.

Dessa maneira, intervenções em todas essas facetas relacionadas ao estresse (aspecto psicológico, cardiológico e nutricional) devem ser contempladas tendo em vista a promoção do bem-estar do policial e seu papel ativo na gestão de sua própria saúde, aspectos contemplados na proposta do SOMA-SI.

JUSTIFICATIVA

Considerando os fatores de risco aos quais os policiais estão expostos no cotidiano da profissão e sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos relacionados ao estresse, conforme demonstrado pela literatura elencada anteriormente, esta proposta se justifica como uma pesquisa-ação técnica com o objetivo de levantar dados e informações sobre o estresse e, em uma subamostra, sobre os aspectos cardiológico, nutricional e psicológico de policiais das forças de segurança pública do estado do Espírito Santo, e de propor intervenções para melhorar o bem-estar destes servidores.

Além disso, esta proposta se justifica pela necessidade de atender a demanda da Comissão Permanente de Atenção à Saúde dos Profissionais de Segurança Pública, Defesa Social e Justiça do ES - COPAS, com informações científicas acerca das condições de saúde no trabalho dos servidores das forças de segurança, defesa social e justiça que atuam no Estado do Espírito Santo. Tais informações, obtidas por meio de levantamento de dados primários e secundários, são relevantes para a tomada de decisão apoiada em evidência científica e para a melhoria da qualidade de vida dos servidores que atuam no Espírito Santo, o que se refletirá em melhores condições de trabalho, aumento de produtividade, economicidade e melhora da qualidade dos serviços de segurança pública ofertados no ES. A COPAS objetiva fomentar ações que visem à preservação e valorização da vida, a segurança no trabalho, buscando garantir e implementar os direitos humanos fundamentais e a dignidade dos profissionais de segurança pública, defesa social e justiça. Para tal, a COPAS tem buscado desenvolver pesquisas com os profissionais das áreas de interesse com o intuito de ampliar o conhecimento e, com isso, subsidiar ações que tenham impacto positivo sobre a qualidade de vida das forças de segurança, defesa social e justiça que atuam no Estado do Espírito Santo.

OBJETIVOS

O objetivo geral desta pesquisa-ação técnica é descrever a condição de estresse percebido do servidor da segurança pública do Espírito Santo e avaliar os efeitos de um programa de intervenção com ingredientes ativos múltiplos (intervenção psicossocial, cardiológica e nutricional) sobre seu estado de estresse percebido.

São seus objetivos específicos:

- (1) descrever a condição de estresse do servidor;
- (2) correlacionar condição de estresse, sintomas e gravidade de sintomas, e escolha por modalidades de acompanhamento;
- (3) descrever correlações entre estresse, indicadores biológicos de saúde cardiovascular e comportamento alimentar de uma subamostra dos servidores;
- (4) implementar ações de acompanhamento e intervenção nos fatores cardiológico, nutricional e psicológico relacionados ao estresse dos servidores;

- (5) descrever a correlação entre desfecho de caso, adesão e resposta aos procedimentos de acompanhamento psicológico, cardiológico e nutricional, e aos encaminhamentos à rede assistencial, de uma subamostra de servidores.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

O SOMA-SI é uma *pesquisa-ação técnica*, conforme definido por Tripp (2005), porque consiste na implementação de estratégias de intervenção descritas como tendo evidência de eficácia científica na promoção do bem-estar, considerando a compreensão do contexto ambiental da esfera da prática do servidor da segurança pública com o fim de obter melhora da sua saúde. Como descrito adiante, a coleta de dados ocorrerá como parte dessa implementação, que seguirá protocolos profissionais de validade já testada anteriormente, nas ciências que a compõem: Psicologia, Nutrição e Cardiologia.

Além de *técnica*, a pesquisa SOMA-SI é *ação* no sentido em que tem as características descritas por Tripp (2005): (1) é *contínua* ao longo de um ano (podendo ser prorrogada); (2) é *pró-ativa estrategicamente*: é sensível, e reage eficaz e imediatamente, a eventos de mudança na medida que ocorram, adaptando-se às necessidades geradas por eles; (3) é *participativa*: inclui o máximo possível de participantes voluntários e colaboradores; (4) é *intervencionista*: faz coisas para ver o que acontece como consequência desse fazer; (5) é *problematizadora*: começa a partir de algum tipo de problema e busca resolvê-lo; (6) é *deliberativa*: planejada a partir de ações baseadas em evidência científica sobre o tema do qual trata; (7) é *particularizada*: seus dados mostram, nos limites da ética, as idiosincrasias de apenas uma unidade sendo considerada: o servidor, o grupo de servidores, o setor da instituição ou a instituição; e, por fim, (8) é *disseminada*: seu conteúdo deverá ser compartilhado entre todos os envolvidos por meio de estratégias institucionais de comunicação internas já estabelecidas pelas instituições abarcadas pelas ações da Comissão Permanente de Atenção à Saúde dos Profissionais de Segurança Pública e Defesa Social e Justiça no Espírito Santo (COPAS).

O SOMA-SI é uma pesquisa-ação que, a partir de um levantamento das condições de estresse da população-alvo, se estrutura em um programa de autogerenciamento do bem-estar composto por quatro componentes, descritos adiante na seção da metodologia “procedimento de coleta de dados”: (1) acompanhamento

técnico psicológico, nutricional e cardiológico; (2) terapia comportamental breve individual; (3) oficinas de grupo; e (4) gerenciamento de caso.

Participantes da pesquisa

Serão participantes deste estudo servidores da segurança pública do Espírito Santo, a partir de unidades amostrais no escopo de abrangência das ações da COPAS. Como se trata de uma pesquisa-ação técnica, sua característica participativa, como dito, inclui o máximo possível de participantes, de forma voluntária e colaborativa, respeitando-se o número mínimo da amostragem não probabilística para o cumprimento dos objetivos específicos 1, 2 e 3, descritos anteriormente. O cumprimento dos objetivos específicos 4 e 5 será por meio de amostragem intencional, por participantes dentre os que optarem pelos componentes das intervenções propostas, conforme procedimento descrito a seguir.

Dada a imensa população potencial de estudo (17.154 servidores), e dada a desproporcionalidade de unidades amostrais em cada instituição (e.g., PM=8136 e PF=236) os participantes do ESTUDO 1, o que permitirá o cumprimento dos objetivos 1, 2 e 3, serão parte de uma amostragem proporcional composta, pelo mínimo de 372 participantes. A população e a amostragem proporcional de 372 é dada pela Tabela 1.

Tabela 1. População total e amostragem nas diferentes instituições de segurança pública.

Instituição	População	Amostragem Proporcional
Polícia Militar	8136	178
Polícia Civil	2087	45
SEJUS	3140	68
Corpos de Bombeiro Militares	2311	50
Guarda Vitória	465	10
PRF	309	6
Guarda Vila Velha	296	6
PF	286	6
Guarda Serra	96	2
Guarda Viana	28	1
Total	17.154	372

Os objetivos 4 e 5 serão atingidos a partir de uma amostragem intencional, pelos dados mais relevantes na Fase 2, a do Levantamento (ver adiante, em procedimento).

Estima-se uma amostra intencional de 220 servidores, em vagas distribuídas proporcionalmente entre as instituições abrangidas pelas ações da COPAS. Serão homens e mulheres, maiores de 18 anos, que consentirão com os objetivos e os procedimentos da pesquisa de forma livre e esclarecida.

Os quatro componentes do SOMA-SI permitirão dividir intencionalmente os participantes em subgrupos, sendo esses compostos por participantes com as seguintes características: (1) subgrupo de participantes com sintomas emocionais, cardiológicos e nutricionais do estresse; (2) subgrupo de participantes de terapia comportamental breve individual; (3) subgrupo de participantes de Oficinas de Grupo; e (4) subgrupo de participantes do gerenciamento de caso. Alguns participantes poderão estar nas atividades de mais de um componente.

Os critérios de exclusão se aplicam apenas aos participantes que não preencherem os critérios para a participação no componente 2 do SOMA-SI, a terapia comportamental breve individual, pois, de acordo com Dewan, Steenbarger e Greenberg (2018), a psicoterapia breve, em seu foco na prevenção secundária ou terciária em saúde mental, será indicada para policiais que tenham: (1) facilidade em estabelecer relacionamentos; (2) suporte social; (3) capacidade de compreender o problema psicológico vivenciado e motivação para solucioná-lo; e (4) o problema psicológico vivenciado por eles seja: recente (a psicoterapia breve é contraindicada para problema crônico ou de longa data), leve ou moderado (a psicoterapia breve é contraindicada para transtorno grave) e relacionado a poucos focos de dificuldades (a psicoterapia breve é contraindicada para dificuldades múltiplas e complexas).

Em resumo, esta pesquisa-ação técnica SOMA-SI é composta por 3 ESTUDOS, atingindo no mínimo 556 participantes, conforme a Tabela 2.

Tabela 2. Estudos, objetivos e forma de seleção dos participantes do SOMA-SI.

Estudo	Objetivo	Forma de seleção dos participantes	Quantitativo de participantes
1	Realizar o levantamento das condições de estresse da população	Não-probabilística, proporcional	372 (mínimo amostral)
2	Avaliar os efeitos de intervenção com multi-componentes sobre condições de estresse	Não-probabilística por julgamento	188 (quantidade de vagas anuais)

	percebido (a aplicação de cada componente ou subcomponente tem seu objetivo específico)		
3	Avaliar os efeitos da combinação de suporte da rede social e gerenciamento de caso sobre o desfecho de casos complexos.	Não-probabilística por julgamento	32 (quantidade de vagas anuais)
Total			592

Procedimentos de coleta de dados

Os procedimentos de coleta serão procedidos na FASE 1, na FASE 2 e na FASE 3, e oferecerão dados de análise para o ESTUDO 1, o ESTUDO 2 e o ESTUDO 3, conforme objetivos descritos na Tabela 2. O ESTUDO 1 ocorrerá na FASE 2; o ESTUDO 3 e o ESTUDO 4, na FASE 3. Cada FASE define por ETAPAS interdependentes ou por COMPONENTES específicos, em AÇÕES diferenciadas e integradas. A Figura 1 sintetiza as FASES, ETAPAS, COMPONENTES e AÇÕES da coleta de dados, descritas em detalhes nas próximas seções.

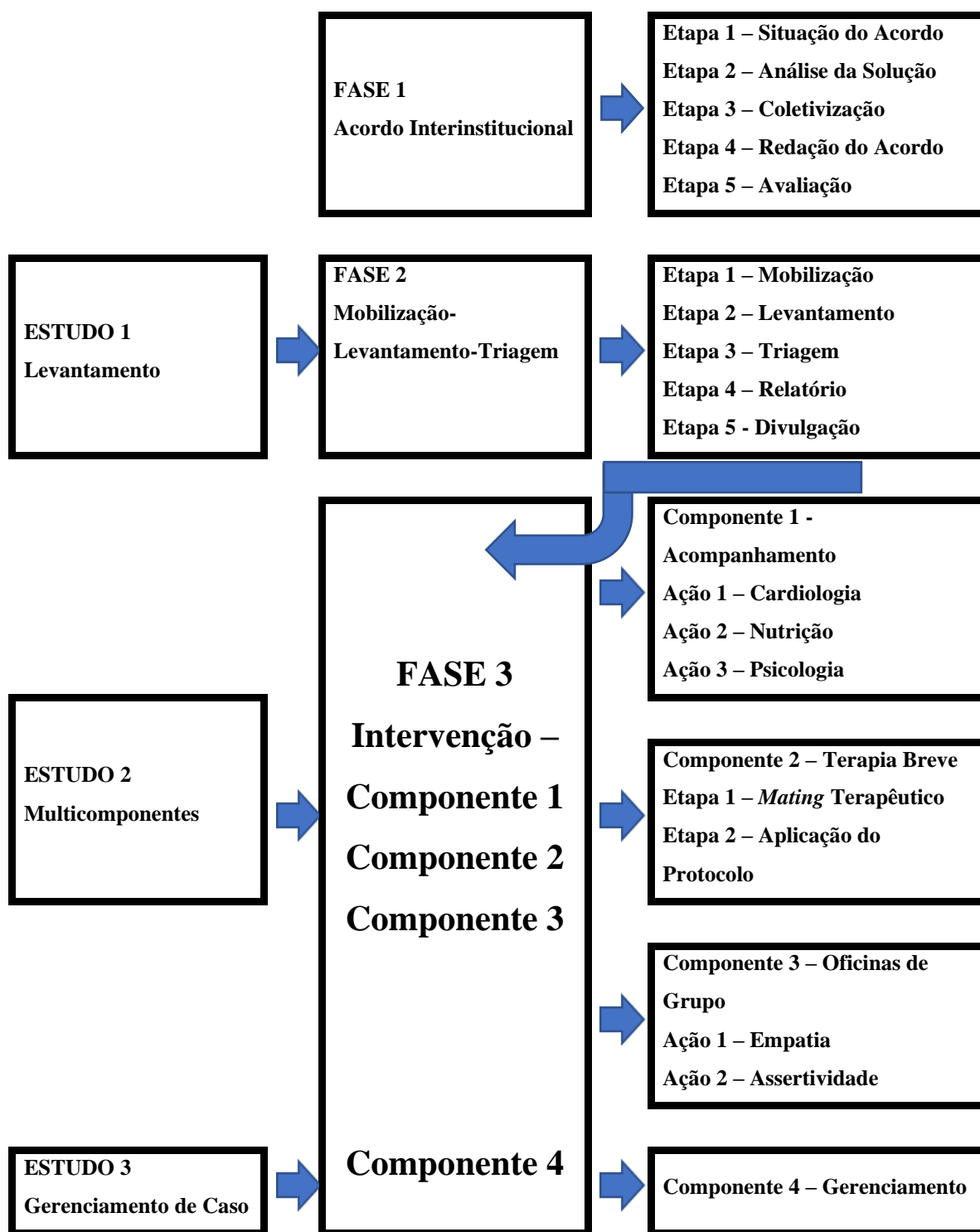


Figura 1: Síntese das FASES, ETAPAS, COMPONENTES e AÇÕES da coleta de dados.

FASE 1

Acordo Interinstitucional com o Modelo Conceitual e com o Modelo de Governança para implantação do SOMA-SI (Produto 1: Relatório do Acordo Interinstitucional)

Essa Fase 1 compreende até três assembleias presenciais e/ou remotas com gestores e representantes de servidores de todas as instituições envolvidas no escopo da COPAS para acordos e ajustes em relação à execução do projeto. Em termos práticos, nessas assembleias serão seguidas as etapas de uma pesquisa-ação breve (Tripp, 2005), visando obter o Produto 1 do SOMA-SI: o *Relatório do Acordo Interinstitucional com o Modelo Conceitual e com o Modelo de Governança para implantação do SOMA-SI*. Um ponto importante desse acordo é a dispensa dos participantes dos componentes da FASE 3, conforme quantitativos previstos.

Até a segunda assembleia serão executadas ações visando a resolução satisfatória do problema da obtenção do Acordo de Conceitos e de Governança em relação à execução. Na Etapa 1, diagnosticar, a equipe do SOMA-SI, junto e para os gestores e servidores presentes nas assembleias, iniciará a clarificação do problema de linguagem e de envolvimento, buscando resolver a obtenção do Acordo. Na Etapa 2, analisar, é feita a análise aprofundada das dificuldades básicas do Acordo e soluções possíveis para a sua obtenção.

Até a terceira assembleia serão cumpridas as Etapa 3 (feedback da análise com o envolvimento dos gestores e servidores com a coletivização das soluções), 4 (ação, que é a redação do Acordo ou modificação de termos da pesquisa, por meio da observação direta das descrições que gestores e servidores fazem da cultura das instituições envolvidas) e 5 (avaliar os resultados obtidos, buscando identificar os efeitos da ação de obtenção do Acordo enquanto problema resolvido).

O conteúdo dessas cinco etapas da pesquisa-ação breve (ver Figura 1) obtido nas assembleias será anotado no Diário de Campo, instrumento elaborado e usado conforme descrição de Falkembach (1987). São dois os problemas a serem solucionados no Acordo, que deverá conter planos para a sua solução: (1) a articulação interinstitucional da segurança pública do Espírito Santo no SOMA-SI (especialmente, atores-chave, atribuições e responsabilidades e prazos, ou seja, “quem, o que, porque e quando”); e (2) a mobilização para o recrutamento e a seleção dos participantes. Um acordo importante nessa Fase 1 é sobre a parceria com o Hospital da Polícia Militar para a

realização de exames laboratoriais do acompanhamento técnico, o mesmo laboratório para todos os participantes do Componente 1 (ver Fase 3 adiante).



Figura 2: Etapas da pesquisa-ação.

FASE 2

ESTUDO 1

Diagnóstico-prescritivo da condição de estresse percebido e das necessidades do gerenciamento de casos dos servidores da segurança pública do Espírito Santo (Produto 2: Estudo diagnóstico-prescritivo)¹

Nessa Fase 2 incluem-se as ações de mobilização, resposta ao levantamento das condições de estresse percebido, e de seus sintomas, e abertura de inscrição para participação no componente 1 (Acompanhamento Técnico Cardiológico, Nutricional e Psicológico), no componente 2 (Psicoterapia Breve Individual) e no componente 3 (Oficinas De Grupo). Essa Fase 2 é composta de 5 Etapas, conforme descritas a seguir.

Etapa 1: Mobilização para o levantamento das condições de estresse percebido e sintomas de estresse. Nessa Etapa 1 está incluída a divulgação, nos meios já disponíveis definidos no Acordo de Conceitos e de Governança (Fase 1), de uma cartilha sobre o SOMA-SI, com os objetivos e as indicações, descritas adiante, de participação de policiais em cada componente.

Etapa 2: Levantamento das condições de estresse percebido e gravidade de sintomas de estresse. Nessa etapa serão alcançados pelo menos 372 policiais, proporcionalmente a cada estrato na população. Eles responderão a quatro instrumentos: (1) Escala de

¹ Essa Fase 2 corresponde aos três momentos iniciais da metodologia da pesquisa-ação técnica (Tripp (2005): Diagnóstico, Análise e Feedback.

Estresse Percebido (PSS); (2) Medida de “*Burnout*” de Shirom-Melamed (SMBM), (3) Escala de Estresse no Trabalho (EET); e (4) Relação de Sintomas de Estresse (RSE).

A PSS foi validada no Brasil por Luft et al. (2007), mostrando consistência interna, validade de construto e apresentaram resultados semelhantes aos que deram origem à versão original da escala e às validações posteriores em diferentes culturas, sendo válida para mensurar aquilo a que se propõe mensurar. Ela mede como o estresse é autopercebido pelo policial, em 14 itens que descrevem sentimentos e pensamentos ocorridos durante o último mês. O respondente indica o quão frequentemente ele tem se sentido de uma determinada maneira, numa escala Likert: 0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; e 4= sempre. Por exemplo, dois desses itens são: “Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?” e “Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?”.

A SMBM (Gomes, 2012), preenchida por meio de um formulário *online*, avalia níveis de *burnout* (esgotamento) no trabalho, em suas três dimensões: 1) Fadiga física: sentimentos de cansaço físico face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da energia física; 2) Fadiga cognitiva: sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração; e 3) Exaustão emocional: sentimentos de cansaço emocional face ao relacionamento com os outros (ex: colegas de trabalho, cidadãos, munícipes etc.), traduzindo-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade face às necessidades das outras pessoas. O instrumento é constituído por 14 itens, distribuídos pelas três subescalas referidas, sendo os itens respondidos numa escala tipo “Likert” de 7 pontos (1 = Nunca; 7 = Sempre), sendo valores superiores a 5 indicadores de problemas de esgotamento. Exemplos de itens: “Sinto que não consigo pensar com clareza” e “Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros”.

A EET (Paschoal & Tamayo, 2004) é constituída de 23 afirmações, respondidas numa escala de 5 alternativas, que permitem a identificação de níveis de estressores ocupacionais, ou situações ambientais organizacionais que são estressoras. Exemplos de itens são “A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante” e “Fico de mau humor por me sentir isolado na organização”.

A RSE, descrita no *Manual de Relaxamento e Redução do Stress* (Davis, Eshelman, & Mackay, 1996), será preenchida também por meio de um formulário *online*, permitindo avaliar sintomas psicológicos (e.g., hostilidade e irritabilidade) e

físicos (e.g., pressão sanguínea elevada e dores) e/ou consequências de comportamento alimentar (e.g., fraqueza física e diarreia) numa escala SUDS (*Subjective Units of Distress Scale*) que varia do ligeiro desconforto ao extremo desconforto.

A amostragem mínima será de 372, dentre todos os respondentes da PSS, da SMBM, da EET e da RSE no levantamento, considerando a amostragem proporcional entre os estratos da população, conforme Tabela 1, para o cumprimento dos objetivos específicos 1, 2 e 3.

Etapa 3: Triagem para acompanhamentos nos componentes do Programa. Nessa etapa, a partir dos dados do levantamento, e de forma intencional, a partir de critérios técnicos, será distribuído outro formulário *online* (Ficha de Triagem) que sondará a preferência de uma subamostra de policiais por horários de acompanhamento cardiológico, psicológico e nutricional (Componente 1), pelo cumprimento de critérios básicos de sua inclusão na participação nos componentes do SOMA-SI: tipo de sintoma de estresse, frequência e gravidade; e preferência da participação em um dos componentes. Outros critérios de inclusão são específicos de cada componente, por exemplo, preferência por atendimento individual ou grupal, conforme descritos a seguir.

Assim, serão acompanhados no Componente 1 os respondentes do levantamento que optarem por esse componente e nele se enquadrarem por terem, concomitantemente, sintomas psicológicos, cardiológicos e nutricionais de estresse em frequência e gravidade considerável. A identificação desses respondentes será por um código preenchido nos instrumentos, decifrado apenas pela equipe do SOMA-SI.

A participação na Psicoterapia Breve Individual (Componente 2) se dará, além da preferência por atendimento individual, pelos critérios de inclusão em psicoterapia breve, citados por Dewan, Steenbarger e Greenberg (2018). Também, uma vez que o procedimento será realizado por teleconsulta, o optante deverá declarar possuir as condições garantidoras da qualidade e da ética da telepsicoterapia remota, descritas na Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 11/2018 (CFP 2018), que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação. Ademais, o optante indicará critérios de *matching* com o terapeuta por sexo e por horário de disponibilidade para o atendimento (ou “outro” especificado por alguma idiossincrasia do optante, que será atendida na medida do possível).

A participação nas Oficinas Técnicas de Grupo (Componente 3) se dará pelo preenchimento de dois critérios de inclusão: (1) preferência pela modalidade de intervenção em grupo; e (2) e sintomas de desconforto relacionados às temáticas das

Oficinas de Grupo: (a) necessidade autoidentificada de melhoria nas habilidades empáticas e (b) necessidade autoidentificada de melhoria nas habilidades assertivas.

A inclusão na participação no Gerenciamento de Casos (Componente 4) se dará pela presença de mais de 85% de sintomas de extremo desconforto, ou outra indicação de gravidade dos instrumentos utilizados no levantamento. Esta será a linha de corte adotada como indicativa de alta complexidade no caso, identificado para o gerenciamento de caso (e.g., possível necessidade de tratamento especializado para ideação suicida, depressão grave e/ou dependência de substâncias psicoativas).

A Ficha de Triagem permitirá ao participante potencial hierarquizar a ordem de preferência pela participação nos componentes e informar os critérios de inclusão em cada componente. Caso haja vagas remanescentes em algum componente, elas serão preenchidas por essa preferência hierarquizada e também por critérios de prevenção indicada em saúde mental, de acordo com Movaes e Mota (2019). Dessa forma, o policial com algum indicativo de comportamento de risco será cuidadosamente abordado com a ajuda de pares estratégicos, informados por esse próprio policial a partir de dados obtidos com a ferramenta “Formulário de Sociograma” do gerenciamento de caso (ver descrição adiante, Componente 4 da Fase 3).

Etapa 3: Redação do Estudo diagnóstico-prescritivo do bem-estar e do gerenciamento de casos dos servidores da segurança pública do Espírito Santo (Produto 2). Esse estudo e planejamento será redigido em linguagem técnica, porém não acadêmica, respeitando-se os códigos de ética das profissões técnicas envolvidas no estudo.

Etapa 4: Apresentação pública do Estudo diagnóstico-prescritivo do bem-estar e do planejamento do gerenciamento de casos dos servidores da segurança pública do Espírito Santo (Produto 2). A apresentação será divulgada internamente nas instituições dos participantes.

FASE 3

Relatório executivo das intervenções nos quatro componentes do SOMA-SI: (1) acompanhamento técnico cardiológico, nutricional e psicológico; (2) psicoterapia breve individual; e (3) oficinas de grupo; (4) gerenciamento de caso (Produto 3: Relatório executivo das intervenções nos quatro componentes)².

² Essa Fase 2 corresponde aos dois momentos finais da metodologia da pesquisa-ação técnica (Tripp (2005): Ação e Avaliação.

Dessa Fase 3 participarão 220 policiais, conforme quantitativo de vagas a serem distribuídas proporcionalmente entre as suas instituições (ver Tabela 2), seguindo os critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente para cada componente. Para fins de comparação pré e pós-teste, todos responderão Escala de Estresse Percebido após a conclusão das ações dos componentes dos quais eles forem participantes. O procedimento de execução de cada componente dessa Fase 3 está descrito a seguir.

Componente 1: Acompanhamento técnico psicológico, nutricional e cardiológico

Esse é componente do SOMA-SI que focaliza a saúde psicológica, nutricional e cardiovascular do policial de modo integrado, e ensina estratégias para o policial, ele mesmo, ser capaz de melhorar o próprio bem-estar. O componente 1 do SOMA-SI tem 3 ações interconectadas, dirigidas ao mesmo policial participante num total de 96 participantes (32 em cada uma das três ofertas do Componente 1).

Ação 1: acompanhamento cardiológico

O policial participante fará como pré-teste uma avaliação de três aspectos da sua saúde: clínico, laboratorial e eletrocardiográfico. O aspecto clínico da avaliação envolverá a obtenção de dados a partir de três instrumentos: Questionário Curto para Avaliar Conhecimento de Pacientes com Doenças Cardiovasculares (CADE-Q SV; Ghisi et al., 2018), Roteiro de Anamnese Cardiovascular e Exame Clínico Cardiológico. O aspecto laboratorial da avaliação incluirá: hemograma completo, uréia, creatinina, sódio, potássio, fósforo, cálcio, magnésio, vitamina-D e Vitamina B12, ácido fólico, cortisol, proteínas totais e frações, urina, glicemia em jejum, lipidograma, TSH, T4 livre, ácido úrico, Transaminases glutâmico oxalacética e glutâmico pirúvica, ferro sérico, ferritina (em homens e mulheres) e PSA (nos homens). O aspecto eletrocardiográfico será mostrado pelo eletrocardiograma (ECG), auxiliar no diagnóstico de alterações cardíacas assintomáticas, principalmente os distúrbios de condução elétrica, mais conhecidos como arritmias. Os dados laboratoriais serão obtidos por parcerias como o Hospital da Polícia Militar. Se houver necessidade, serão solicitados outros novos exames cardiológicos, além do eletrocardiograma, cujo custo não está incluído no orçamento do SOMA-SI, e que poderão ser feitos pela rede de saúde pública ou suplementar.

Após o pré-teste, o participante frequentará uma consulta semanal de acompanhamento durante 12 semanas com médico cardiologista, alternando consulta presencial e teleconsulta. A identificação de alterações clínicas, laboratoriais e

eletrocardiológicas ajudarão no tratamento precoce delas, que serão corrigidas durante essas 12 semanas de acompanhamento contínuo.

Após completar as 12 semanas de acompanhamento cardiológico, os participantes farão como pós-teste a mesma avaliação procedida no pré-teste, de modo a comparar os dados pré e pós e, assim, avaliar o impacto desse acompanhamento.

Ação 2: acompanhamento nutricional comportamental

Quando o policial está sob estresse, a necessidade do organismo dele por nutrientes aumenta, especialmente cálcio e vitamina B. A alimentação inadequada prejudica a reação bioquímica natural de enfrentamento do estresse pelo organismo do policial. Por exemplo, a ansiedade típica do estresse aumenta a tensão muscular, que aumenta a quantidade de ácido lático na musculatura que, sem cálcio, não se dissipa, levando o policial ao cansaço físico, à irritabilidade e à insônia (Davis, Eshelman, & Mackay, 1996). Segundo o capítulo “Nutrição”, do *Manual de Relaxamento e Redução do Estresse*, de Davis, Eshelman, & Mackay, alimentação adequada evita vários sintomas de estresse, dentre eles a pressão sanguínea elevada, a indigestão, as úlceras e a constipação. O Método da Nutrição Comportamental envolve o treino da autoconsciência do comportamento alimentar na relação com os alimentos, prevenindo ou remediando esses sintomas.

O policial participante se envolverá no processo desencadeado pelo Método da Nutrição Comportamental. Inicialmente, em uma primeira teleconsulta com nutricionista comportamental, o policial fornecerá informações para o diagnóstico do comportamento alimentar antes do acompanhamento nutricional (pré-teste) e para o estabelecimento do vínculo de confiança e empatia, fundamental ao acompanhamento nutricional. Essas informações serão fornecidas por meio do Roteiro da História Comportamental Alimentar. O Roteiro terá foco no comportamento alimentar antes do acompanhamento, e incluirá questões como: “Com base na sua história, quais foram os padrões de comportamento que você passou a estabelecer com a comida?” e “Você tem um perfil mais controlador, rígido, inflexível com a sua alimentação, e isto faz com que sinta um período de alívio por meio da comida e tenha episódios de compulsão?” O diagnóstico permitirá indicar características do comportamento alimentar do policial, como controle, permissividade, compulsão, alívio, restritividade, pressão social ou opressão. Também serão identificadas as “situações-gatilho”, como pensamentos, sentimentos e contextos a eles relacionados, para a ocorrência de comportamentos alimentares que referem excessos, déficits ou adequações alimentares.

O acompanhamento nutricional será feito em grupo, que funcionará na abordagem da Nutrição Comportamental, cujas técnicas são descritas por Catão (2017), como o “comer intuitivo” (Almeida & Furtado, 2017) e o “comer com *mindfulness*” (Almeida & Assumpção, 2018). O grupo será formado por 12 policiais e será conduzido em 10 sessões presenciais de 90 minutos de duração. Tratar-se-á de grupo temático, com os seguintes temas específicos: (1) “Como cheguei a esse momento da minha vida alimentar?” (crenças formadas em relação à alimentação, na história com a comida, da infância à idade atual; simbolismos em torno de alimentos específicos e ao corpo, sobre magreza, gordura e sobrepeso; crenças sobre alimentos proibidos e permitidos; crenças acerca das associações da comida com atividades sociais); (2) “Quem sou eu em relação à comida?” (relações com o mundo, com as pessoas e com si mesmo na interface com a comida, e como essas relações são valoradas e fazem parte da autoidentificação); (3) “O que eu sinto antes, durante e depois de comer?” (sentimentos e necessidades e como essas necessidades e sentimentos se relacionam com a comida, na diferença entre fome fisiológica e fome emocional; culpa por comer); (4) “O que eu penso antes, durante e depois de comer?” (mentalidade de dieta, pensamentos automáticos envolvidos ao comer, moralizações com a comida, crenças sobre alimentação saudável ou não, equilibrada ou não); (5) Como eu percebo meu corpo? (imagem corporal e relações com o peso e critérios de beleza e feiura); (6) Como eu me protejo do ambiente relacionado à alimentação? (como sou afetado pela mídia sobre comida ou sobre pessoas e como se alimentam); (7) Como eu me redescubro? (*mindful eating*: foco no prazer, nos estímulos sensoriais e nos significados afetivos dos alimentos; diferença entre saciedade e satisfação); (8) “Como eu me guio?” (autoutilização de orientações nutricionais e de funcionalidades dos alimentos como um guia gentil pra a restauração e/ou manutenção da saúde; ressignificação de regras errôneas e estabelecimento do controle de funcionais da nutrição gentil: “união da necessidade com o prazer”, “alimentação saudável não é um conjunto de regras inflexíveis” etc.).

Após as 10 sessões de grupo, em uma segunda teleconsulta com nutricionista comportamental, o policial fornecerá informações para o diagnóstico do comportamento alimentar depois do acompanhamento nutricional (pós-teste) e para o encerramento do acompanhamento em Nutrição Comportamental. Essas informações serão fornecidas por meio do Roteiro de Entrevista de Encerramento do Acompanhamento da Nutrição Comportamental, cujo foco será a autoconsciência do comportamento alimentar (ação, pensamento e sentimento, e seus contextos ambientais) depois do acompanhamento,

comparado ao comportamento alimentar (ação, pensamento e sentimento, e seus contextos ambientais) que ocorre antes do acompanhamento.

Ação 3: Acompanhamento psicológico

Assim como ocorre com o estresse de qualquer pessoa, o estresse do policial é uma síndrome polissintomática iniciada quando o organismo dele, desafiado por um evento estressor, necessita acessar seus recursos de enfrentamento, ou seja, construir respostas psicofisiológicas e comportamentais para sobreviver ao evento estressor. Todavia em caso de má adaptação (como é praxe na rotina policial: pressões cotidianas, má alimentação, jornadas de trabalho exaustivas etc.) transtornos psicológicos relacionados ao estresse podem se desenvolver (Davis, Eshelman, & Mackay, 1996). Transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, fobia, medo excessivo, pânico e transtornos de humor, como a depressão, podem se tornar crônicos, fazendo com que o policial não identifique sua sintomatologia e, conseqüentemente, não procure ajuda ou auxílio. O Método Stress Reverse®: Método para Redução do Estresse em Adultos, validado em pesquisa de doutorado na UFES (Pinheiro de Souza, 2019), envolve o treino da autoconsciência corporal na relação com o ambiente externo e interno e com a alternância entre ambos. Esse treino também compôs outro programa de intervenção com policiais, publicado recentemente no *International Journal of Police Science & Management* (Liakopoulou et al., 2020), o que endossa a sua eficácia como componente ativo do tratamento do estresse de policiais.

O policial participante desta Ação 3, o mesmo envolvido nas ações 1 e 2 descritas anteriormente, se envolverá no processo desencadeado pelo Stress Reverse® (Pinheiro de Souza, 2019). Inicialmente, em uma primeira teleconsulta com psicólogo, o policial fornecerá informações para o diagnóstico do modo de enfrentamento do estresse (padrões cronificados de luta/fuga ou congelamento: mapeamento da corporeidade e dos sintomas patológicos e sensações corporais correlatas ao estresse) antes do acompanhamento psicológico (pré-teste) e para o estabelecimento do vínculo de confiança e empatia, fundamental ao acompanhamento psicológico em grupo. Essas informações serão fornecidas por meio do Inventário do Corpo, instrumento descrito por Davis, Eshelman, & Mackay (1996) para autoidentificação de áreas corporais de tensão a partir da autoconsciência corporal. O Inventário do Corpo será aplicado na teleconsulta e conterá perguntas sobre: (1) o corpo no seu ambiente externo (e.g., “Estou consciente dos sons a minha volta?” (ou do movimento produzido pelo vento, etc., de acordo com o que estiver ocorrendo no momento da teleconsulta); (2) do corpo com o seu ambiente

interno (e.g., “Estou consciente de alguma tensão em meu pescoço?”); e (3) da alternância entre o corpo e o seu exterior e o seu interior (e.g., “Estou consciente da cadeira pressionando minhas nádegas?”). O nível de autoconsciência corporal antes do Stress Reverse® indicará focos do processo de grupo, a partir do perfil dos policiais participantes. Também será usada uma escala SUDS (*Subjective Units of Distress Scale*) para avaliar o grau de tensão, que varia da tensão ligeira e não desconfortante à tensão extrema e desconfortante.

O Método Stress Reverse®: Método para Redução do Estresse em Adultos (Pinheiro de Souza, 2019), envolve o treino da autoconsciência corporal do policial, incluindo componentes essenciais para o manejo do corpo e dos estados patológicos associados ao estresse: (a) mapeamento da corporeidade (formas físicas, sensações e nomes dados a essas formas e sensações); (b) identificação dos sintomas patológicos e sensações corporais correlatas ao estresse; (c) apropriação dos padrões cronificados de luta/fuga ou congelamento; (d) exercícios de expressão emocional e circulação energética; (e) exercícios respiratórios; (f) automassagem; (g) *grounding* ou contatos diretos e transformadores com uma base corporal de autosssegurança; e (h) relaxamento. Tais componentes são estruturantes dos grupos terapêuticos que utilizam o corpo e seus processos como foco psicoterapêutico. Os grupos terapêuticos assim constituídos ocorrerão em 10 sessões presenciais de 90 minutos. A Tabela 3, elaborada por Pinheiro de Souza (2019), resume o procedimento do Stress Reverse®, com seus objetivos.

Tabela 3: Procedimentos do Stress Reverse®, e objetivos, por bloco de sessões.

BLOCO DE SESSÕES	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Bloco I 1 ^a . a 4 ^a . Sessão	Favorecer experiências imediatas de sensações cenestésicas, propioceptivas, de consciência pré-reflexiva. Promover a construção de vínculo grupal.	Apresentar a proposta de trabalho; fazer acordos iniciais (ética e compromissos grupais); construir vínculo grupal; ampliar a autoconsciência corporal; construir sensação de autosssegurança e relaxamento; identificar padrões de tônus muscular (hipotonia/hipertonia); explorar a propriocepção e a interocepção.
Bloco II 5 ^a . a 10 ^a . Sessão	Favorecer experimentação de si e sobre si por meio da autorreflexividade; propiciar a expressão das emoções experienciadas. Promover o processo de separação grupal.	Ampliar a autoconsciência corporal e o fluxo respiratório; ampliar a pulsação corporal; reconstruir o alinhamento corporal; reconstruir o senso de unidade corporal; identificar padrões posturais e padrões de respostas ao estresse; ampliar repertório de expressão emocional por meio da experimentação e imitação. Elaborar o processo de separação grupal; avaliar o processo vivencial.

Nota Fonte: Pinheiro de Souza (2019).

Após o Stress Reverse®, em uma segunda teleconsulta com psicólogo, o policial fornecerá informações para o diagnóstico do modo de enfrentamento do estresse (ver descrição feita anteriormente) depois do acompanhamento psicológico (pós-teste). Essas informações serão fornecidas por meio do Inventário do Corpo (Davis, Eshelman, & Mackay, 1996). Novamente, será reaplicada a SUDS. A comparação quantitativa de áreas de tensão autopercebidas nos momentos do pré e do pós-teste serão comparadas para avaliar o impacto do Stress Reverse®.

Componente 2: Psicoterapia Breve Individual

A Psicoterapia Breve definida para o SOMA-SI é a comportamental, uma forma de psicoterapia que aplica os princípios de aprendizagem (e.g., condicionamento operante) para modificar padrões de comportamento relacionados ao sofrimento psicológico. O foco é o próprio comportamento, de agir, pensar e sentir, e as

contingências que o mantém. Envolve uma ampla variedade de técnicas, por exemplo, a ativação comportamental. O termo “breve” indica que a psicoterapia é: (a) planejada de modo estruturado; (b) eficiente (no sentido da relação tempo-resultado); (c) focal (focada em mudanças de curto prazo); e (d) escolhida por quem sente que se beneficiaria mais com estas características de uma psicoterapia (Dewan, Steenbarger, & Greenberg, 2018). A execução da Psicoterapia Breve se dará em 2 etapas, descritas como segue.

Etapa 1: aplicação dos critérios de matching terapeuta-policial.

Nessa Etapa 1, os policiais indicados que optarão preferencialmente pelo componente Terapia Comportamental Breve Individual serão encaminhados a 16 terapeutas comportamentais por indicadores de *matching*: sexo do terapeuta e horário das sessões. Serão ofertadas 60 vagas para participação nesse componente.

Etapa 2: aplicação do protocolo de Psicoterapia Breve.

O protocolo, desenvolvido especialmente para esta pesquisa-ação técnica por Borloti, Folz e Toribio (não publicado), é uma adaptação, para adultos, do protocolo de Terapia Comportamental Breve na modificação das contingências conjuntas das quais derivam a depressão e da ansiedade (Weersing et al., 2017) e de técnicas de enfrentamento do estresse, contidas no *Manual de Relaxamento e Redução do Estresse* (Davis, Eshelman, & Mackay, 1996). O protocolo será executado em 6 momentos que podem ocupar de 8 a 16 sessões semanais, a depender do tempo de cada policial em dominar as habilidades-foco de cada momento. Essa quantidade de sessões é derivada de estudos sobre duração média de psicoterapias eficazes (e.g., Castonguay et al., 2013).

As sessões em teleconsultas terão 60 minutos de duração e ocorrerão na “regra 20-20-20”: os primeiros 20 minutos terão como foco o como foi a semana do policial, o como está o funcionamento geral e as experiências dele com a terapia fora das sessões; nos 20 minutos seguintes é introduzida e discutida a habilidade-foco da sessão (e.g., treinamento em solução de problemas); nos 20 minutos finais o policial e o terapeuta concordam sobre práticas fora da sessão e antecipam obstáculos ao enfrentamento de problemas na vida cotidiana.

Os seis momentos (executados em até 16 sessões) são os seguintes: (1) acolhimento, psicoeducação e análise funcional do comportamento no sofrimento; (2) relaxamento diante de emoções negativas; (3) treinamento em solução de problemas; (4) bloqueio de esquiva da vida e estabelecimento de metas; (5) potencialização do engajamento na vida e ativação comportamental; (6) prevenção de recaída, reforço da

autoanálise funcional e despedida. Cada momento é composto por táticas de manejo da ansiedade/estresse e/ou depressão, como o treinamento em solução de problemas, que consiste em seguir seis regras básicas: (1) Direcionamento aos problemas, pois eles existem e sempre existirão (“Você está realmente diante de um problema?”); (2) Definição do problema (“O que é, quando e como ocorre, quem está envolvido?”); (3) Geração de soluções alternativas (“tempestade de ideias” para gerar o máximo possível de soluções alternativas para o seu problema); (4) Análise de soluções e tomada de decisão por uma solução de cada vez; (5) Planejamento da execução da solução; e (6) Implementação e testagem da solução (avaliação das consequências que a solução produz).

Os 16 psicoterapeutas, selecionados por mérito técnico, serão treinados na condução do protocolo e frequentarão sessões quinzenais de mentoria (4 terapeutas por sessão) com um especialista em Análise do Comportamento com ampla experiência clínica, com objetivo de aplicar o protocolo entendendo a gênese do sofrimento do policial em seus três níveis: o policial (nível individual), as suas relações com as pessoas (nível microssocial) e com instituições em geral, e com a polícia em particular (nível macrossocial). Antes da ocorrência dessas sessões quinzenais de mentoria, os terapeutas comportamentais enviarão o Relatório de Sessão para que o mentor tenha informações que possam integrar as análises do comportamento ocorrendo nesses três níveis.

O Relatório de Sessão ajudará na redação do Relatório Estatístico da Terapia Comportamental Breve: perfil dos atendidos, quantidade de atendimentos, tipos de sofrimento psicológico, análise funcional do sofrimento psicológico, taxa de adesão, taxa de melhora e número médio de sessões necessárias para a melhora. A análise funcional do sofrimento psicológico dos participantes será procedida a partir do Roteiro para Análise Funcional do Comportamento (Anexo 4; adaptação de Kanfer & Saslow, 1976), que permite compreender o sofrimento psicológico do policial nas seguintes áreas: motivação, desenvolvimento, autocontrole, relacionamentos sociais, ambiente físico e ambiente sociocultural.

Componente 3: Oficinas de Grupos de Habilidades

Esta pesquisa-ação técnica avalia o efeito de duas Oficinas de Grupos sobre habilidades empáticas e assertivas. Portanto, o procedimento envolve duas ações: (1) o treinamento da empatia (12 vagas); e (2) o treinamento da assertividade (12 vagas).

Ação 1: Treinamento da Empatia

Optou-se pela primeira habilidade, a empatia, porque, segundo Stephan e Finley (1999) a empatia desempenha um importante papel na melhoria das relações intergrupos, o que tem a ver intrinsecamente com a alteridade (i.e., a relação entre uma subjetividade, de um indivíduo, e outra exatamente no ponto da sua diferença, isto é, no ponto em que o outro escapa ao conjunto de regras que guiam o comportamento do indivíduo, e que descrevem esse outro como pertencente à “dimensão do estranho”; Levinas, 2011).

A empatia está direta e indiretamente relacionada com a redução do preconceito social, sendo o seu incentivo extremamente relevante na resolução dos conflitos intergrupos. No contexto de adultos de nível de escolaridade superior, a aprendizagem da empatia fortalece a compreensão social, a competência emocional, o comportamento pró-social e moral, a compaixão e o cuidado e regulação da agressão e de outros comportamentos antissociais (Feshbach & Feshbach, 2009). No contexto educacional, a empatia é uma das “habilidades para a vida”, o elemento com maior evidência de eficácia na prevenção de comportamentos antissociais, incluindo o uso arriscado de substâncias psicoativas (Borloti, García, Sánchez, & Sudbrack, 2017).

O Treinamento de Empatia acontecerá de acordo com a seguinte estruturação e procedimentos: (a) 1 sessão inicial (2 horas), na qual será explicado aos participantes (em grupo) os objetivos do treinamento e, em seguida, serão aplicados o instrumento de coleta de dados pré-intervenção: Inventário de Empatia (descrito adiante) e Formulário de Sociograma (descrito adiante, no Componente 4, este formulário é um instrumento para sociometria dos relacionamentos interpessoais afetivos dentro de um grupo, identificando líderes, rankings sociais, subgrupos, conexões entre subgrupos e indivíduos em isolamento); (b) 3 sessões de desenvolvimento da empatia (2 horas cada): sessões de grupo com atividades práticas visando o desenvolvimento da empatia; (c) 1 sessão de encerramento (2 horas): com atividades práticas de despedida e coleta de dados pós-intervenção.

O Inventário de Empatia (Falcone et al., 2008) é um instrumento de autorrelato com 74 itens, baseados nos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais da empatia descritos em 16 situações de relacionamento interpessoal: (a) iniciar conversação (2 itens); (b) manter conversação (5 itens); (c) encerrar conversação (2 itens); (d) fazer pedido sem conflito de interesse (4 itens); (e) fazer pedido com conflito de interesse (6 itens); (f) pedir mudança de comportamento (7 itens); (g) recusar pedido (4 itens); (h) responder a críticas (9 itens); (i) expressar opiniões pessoais (7 itens); (j)

conversar com alguém que está revelando um problema (6 itens); (k) fazer perguntas (4 itens); (l) fazer cumprimento (3 itens); (m) cobrar dívida (5 itens); (n) terminar relacionamento (4 itens); (o) expressar sentimentos negativos (3 itens); (p) expressar sentimentos positivos (3 itens). Por exemplo: “Antes de apontar um comportamento que me incomoda em alguém, procuro demonstrar que considero seus sentimentos e que compreendo suas razões”. O respondente indica de 1 a 5 (escala Likert) a frequência do comportamento: de nunca (1) a sempre (5).

O Treinamento de Empatia opera com componentes da *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991). Tratar-se-á de um pacote de sessões de oficina de empatia (10 horas) que adapta os principais componentes dos *workshops* clínicos de FAP (Fonseca, 2016) para o contexto institucional da segurança pública. É composto por: (a) 1 sessão inicial; (b) 3 sessões de desenvolvimento direto da empatia; (c) 1 sessão de encerramento.

A sessão inicial terá o objetivo de apresentar e entrosar o grupo de policiais e terá duas dinâmicas de grupo centrais. Uma delas é “rótulos”, fusão adaptada das dinâmicas “Patinho Feio” (Antunes, 1998) e “Rótulos” (de autoria não identificada), que cria uma contingência para a experiência do estigma social e da exclusão social. Nela, um total de 15 etiquetas autocolantes retangulares (10cm x 3cm) com sentenças do tipo “Sou prepotente: tenha medo de mim”, “Sou poderoso(a): respeite-me”, “Sofro: deboche de mim” são coladas na testa de cada policial participante (que não poderá ver o que estará escrito na própria testa, e nem revelar o que estava escrito na testa dos demais).

As sessões de treino direto da empatia são em número de três e todas têm o objetivo de experimentar processos da FAP (Tsai et. al. 2008) pela técnica de criação de relações extraordinárias, porque emocionalmente intensas. Inicialmente, os participantes serão instruídos no Modelo ACL da FAP: A (*Awareness*, Consciência), C (*Courage*, Coragem) e L (*Love*, Amor ou responsividade ao outro com afeto positivo).

No momento A (*Awareness*), a consciência da interação social será evocada em cada policial por outro policial falante e o objeto dessa consciência será: (a) o próprio momento presente do ouvinte (sensações, pensamentos, sentimentos, valores, necessidades, objetivos e identidades); (b) o momento do falante (o que do ouvinte no falante: empatia); e (c) o impacto do ouvinte no falante. As consequências do momento A são evocar mutuamente a expressão da consciência (a coragem e o amor) e os próprios benefícios dela à conectividade interpessoal.

No momento C (*Courage*) ocorrerá a experiência da vulnerabilidade e das emoções geradas por ela, quando cada participante, um por vez, “expressará a sua verdade” e pedirá o que precisa em relação a ela (apoio, proximidade, limites, feedback difícil ou apreciação) e experimentará as consequências dessa expressão: aceitação, segurança, autenticidade, expressão da compreensão e validação. Na interação, serão evocados os seguintes fenômenos: conexão, vulnerabilidade mútua, gratidão, compaixão, oferta e recebimento de feedback difícil e comprometimento mútuo.

No momento L (*Love*), as respostas de aceitação, de oferta de segurança e de autenticidade por parte do policial ouvinte (expressar compreensão e validação, proporcionar aproximação e vulnerabilidade mútua, respeitar limites, desculpar-se, comprometer-se, apoiar, dar e receber feedback difícil, apreciar e agradecer) e as respostas de autogenerosidade do policial falante (autoaceitação, autocompaixão, autoapreciação, auto-orgulho e autocuidado e aceitação de sentimentos de cuidado e de amor dos outros) produzirão profunda aceitação e fortalecimento da união grupal.

Posteriormente, os participantes serão instruídos com as seguintes respostas de responsividade do afeto positivo, que serão listadas num cartaz afixado na parede da sala de execução da sessão: expressar palavras que serviriam para ele próprio se estivesse na condição do policial falante, descrever o que está sentindo no próprio corpo, identificar a emoção do policial falante e expressá-la, identificar a coragem do policial falante e dar acolhimento ao risco envolvido em ele estar sendo corajoso, fazer autorrevelação para o policial falante se sentir conectado pela compreensão e demonstrar sentimento com gesto, olhar ou expressão facial (sem palavras).

Em seguida, os participantes formarão 3 subgrupos de 5 participantes pelos seguintes critérios (gostaria de me aproximar, sinto-me seguro, vai cuidar de mim e compreender minhas emoções, vai desafiar-me a ser corajoso, vai agir para o meu interesse, vai assumir riscos junto comigo). Os subgrupos serão separados em três salas menores e instruídos sobre os papéis de falante e ouvinte a serem assumidos por todos em revezamento. O papel de policial falante implicará em: (a) ter consciência do que seria uma expressão de coragem em relação a algumas dimensões da sua vulnerabilidade e que poderia ser expressa aos policiais ouvintes; (b) ter coragem para emitir essa expressão; mas (d) ser amoroso consigo mesmo para encontrar o próprio limite da coragem de expressar-se. O papel do policial ouvinte implicará em: (a) ter consciência da coragem do policial falante e das consequências dela nele como ouvinte;

e (b) ter coragem de consequenciar a coragem do policial falante com responsividade afetiva positiva (amor), do modo como lhe for mais fácil.

Dando sequência, as sessões de desenvolvimento direto da empatia continuam com a instrução da técnica de criação de relações extraordinárias. Essa técnica criará a experiência concreta de alguma emoção com: (a) revelação, do policial falante, do que faz ele se sentir vulnerável e fora da zona de conforto dele; (b) o recebimento dessa revelação com calor, aceitação e não julgamento pelo policial ouvinte (demais participantes); e (c) o feedback da apreciação do impacto da revelação dele nos policiais ouvintes. São estas as questões evocadoras de interações extraordinárias: (1) qual é o valor ou a convicção forte em mim que estou disposto a fazer sacrifícios?; (2) Se eu tivesse coragem, eu...; (3) O que meu coração deseja?; (4) O que é uma verdade minha diante da qual me sinto assustado ou vulnerável para admitir?; (5) Eu finjo que...; (6) O que aprecio no grupo com quem compartilhei isto? As sessões de treino direto da empatia terminam sempre com a reunião dos 15 participantes para responderem “como foi a experiência”.

A sessão de encerramento é a oportunidade da gratidão dos policiais falantes aos policiais ouvintes que estiveram intimamente conectados com eles, e vice-versa, já que são papéis intercambiáveis (Tsai et al. 2017), e da avaliação do processo. É dividida em três momentos: (1) Lembranças: como cada participante impactou você? Do que você sempre se lembrará dessa Oficina em termos de sentimentos, pensamentos, sensações e memórias?; (2) Ação: Se fosse agir como se tivesse a oportunidade de expressar suas últimas palavras, que serão um presente para alguém do grupo, o que diria e para quem?; (3) Avaliação: em uma sentença, diga o que foi mais significativo para você: o que você tirou de proveito? Como você mudou? Como você será diferente em sua vida pessoal e profissional? O que você mais apreciou neste seu desenvolvimento? Cada pergunta de cada momento será apresentada, uma de cada vez, e respondida oralmente por cada participante. Na sessão de encerramento serão reaplicados os instrumentos aplicados na sessão inicial (pós-teste).

Ação 2: Treinamento da Assertividade

Optou-se por essa segunda habilidade nesta pesquisa-ação técnica pelo contexto e pelo objetivo do Treinamento da Assertividade: quase sempre pessoas podem fazer parte das situações envolvidas nas queixas de estresse, ansiedade e mau humor. A assertividade é uma característica do comportamento interpessoal relacionada à expressão dos sentimentos na garantia de direitos nas relações com as outras pessoas.

Ela “é a habilidade de formular e comunicar os próprios pensamentos, opiniões e desejos de um modo claro, direto e não agressivo”, conforme definição de John (2010), que conduziu o treinamento da assertividade na Academia de Polícia de Kerala, na Índia, como sua tese de doutorado.

O Treinamento da Assertividade reduz o estresse sentido nas situações de conflito ou de pressão com outras pessoas, como parceiros(as) amorosos, colegas de trabalho, vizinhos, membros da família, superiores e outros. Nessas situações, é importante ser assertivo, no sentido de conseguir defender direitos e de não violar os direitos da outra pessoa envolvida. O objetivo do Treinamento da Assertividade é aumentar a chance do participante se comportar de modo assertivo e, ao mesmo tempo, diminuir a chance dele ou se retrair em um colapso passivo (“engolir sapos”) ou explodir de raiva (“cuspir marimbondos”). Como o Treinamento da Empatia, o Treinamento da Assertividade é realizado em 5 sessões: 1 sessão inicial, 3 sessões de desenvolvimento direto da assertividade e 1 sessão de encerramento.

Na Sessão 1, a inicial, os participantes que optarem pelo Treinamento da Assertividade, após serem apresentados uns aos outros por uma técnica grupal de apresentação, e garantida a confidencialidade e o sigilo no contrato grupal, responderão à Escala da Assertividade, de Gambrell e Richley (1975), usada na avaliação de policiais por John (2010). Ela é composta por 35 afirmações (e.g., “Eu evito lidar com situações difíceis envolvendo confrontação” e “Eu sou capaz de falar abertamente sobre meus sentimentos”), sobre as quais o participante responde numa escala Likert de 5 pontos: A - Concordo plenamente; B - Concordo; C - Estou indeciso; D - Discordo; E - Discordo plenamente. Após responderem à Escala, os policiais participantes entrarão na Fase 1 do treinamento: a consciência dos direitos humanos nas relações interpessoais. Serão conduzidas dinâmicas de grupo com a objetivo de gerar essa consciência a partir de afirmações de direitos (e.g., “Você tem o direito de sentir e expressar dor”) e de crenças que, em geral, se opõem a esses direitos (e.g., “As pessoas não querem saber se eu estou sofrendo. Não devo incomodar os outros com os meus problemas”). Uma autoanálise da violação desses direitos será evocada a partir do preenchimento da Lista de Direitos Humanos Básicos. As sessões 2, 3 e 4 serão dedicadas às Fases seguintes do Treinamento da Assertividade, conforme as descreveram Davis, Eshelman e Mackay (1996). A partir dessa lista, será planejada para análise do contexto interpessoal em questão nas dificuldades de assertividade dos participantes. Essa análise é feita em 2 momentos. O momento 1 é o da aprendizagem da identificação dos três estilos básicos

de comportamento interpessoal (estilo agressivo, estilo passivo e estilo assertivo), obtida por estratégias diversificadas (e.g., vídeo de animação contido na página <https://www.youtube.com/watch?v=rd1mCZVNnxE>) e da listagem de aspectos para a autoavaliação da assertividade, a partir de três questões: (a) o quando o policial se comporta de forma não assertiva (e.g., “quando tenho uma opinião diferente da opinião da outra pessoa na interação”); (b) o com quem ele se comporta de maneira não assertiva (e.g., “com um colega de parceria”); e (c) o que ele quer e não está conseguindo sendo não assertivo (e.g., tornar a interação menos aborrecedora). O participante deverá listar pelo menos duas situações difíceis, para entender a função do comportamento não assertivo, principalmente a partir do terceiro aspecto da sua lista (o que ele quer e não está conseguindo). O momento 2 é o detalhamento da principal situação interpessoal que incomoda o policial, listada na Etapa 2, tendo foco em seis elementos do seu incômodo: 1. Quem o incomoda; 2. Quando essa pessoa o incomoda; 3. O que o incomoda; 4. Como ele resolve o incômodo; 5. Receios dele ser assertivo e reduzir o incômodo; e 6. Objetivos com a redução do incômodo. O policial será convidado a expressar sentimentos e pensamentos em cada elemento (e.g., “Meu pai é injusto agindo assim” ou “Eu sempre estrago tudo”).

As sessões 2, 3 e 4 foram planejadas como sendo a preparação para a ocorrência do comportamento assertivo nos contextos fora das sessões. Elas comportarão 3 momentos do treinamento. No momento 1 o participante monta um script para a sua mudança na situação problemática principal, listada na sessão anterior. O script é o plano de enfrentamento dessa situação e também contém seis elementos: (1) definição do objetivo em relação ao direito na situação; (2) planejamento do quando, do onde e do com quem o objetivo será alcançado; (3) definição da situação de modo bem específico; (4) descrição de sentimentos e atitudes na situação; (5) expressão de um pedido; (6) reforço da mudança do outro pelas consequências da solução do problema. No momento 2 será analisada a linguagem corporal assertiva do policial ao executar o script e ela precisará ser guiada por estas cinco regras: manter contato visual direto; manter postura ereta, falar com clareza e firmeza, não se justificar e gesticular e expressar emoção com a face de modo a enfatizar o objetivo. No momento 3 serão analisados os comportamentos “ouvir com assertividade” e “evitar a crítica manipulativa”. O ouvir assertivo envolve (1) o preparar-se para ouvir (perguntar-se ou pensar: “Estou pronto para ouvir a outra parte?”); (2) preparar-se para o ouvir e o esclarecer o que foi ouvido (e.g., “Eu não entendi muito bem o seu ponto de vista. Poderia me esclarecer melhor?”);

o reconhecimento do que foi ouvido (e.g., “Agora eu consegui entender porque você fez aquilo comigo”). A evitação da crítica manipulativa por parte do outro (e.g., tentativa de fazer o policial se sentir culpado) será então abordada a partir das estratégias verbais mais conhecidas no que são e no quando usá-las: CD arranhado, afirmação do negativo, questionamento do negativo e nevoeiro. Com o “nevoeiro”, por exemplo, o policial poderá concordar com a verdade, o princípio ou a possibilidade expressa na crítica manipulativa feita ao comportamento dele. Assim, diante da crítica “Quero só ver até quando você vai ficar nesse namoro” [em tom de deboche], o policial aprenderá que poderá concordar: (1) com “a verdade por trás da crítica”: realmente não se pode prever quanto vai durar uma relação (e.g., “Você tem razão em se preocupar. Eu também não sei”); (2) com “o princípio por trás da crítica”: para o policial e para todas as pessoas é importante valorizar uma relação (e.g., “Você tem razão em se preocupar. É por isso que procuro valorizar esta relação”) ou (3) com a “probabilidade contida na crítica”: é um fato que términos de relações são possíveis (e.g., “Você tem razão em se preocupar. Eu sei que para qualquer relação, o término é sempre uma possibilidade”). Os participantes são, então, encorajados a colocar em prática o seu script na situação concreta da interação nos próximos 15 dias.

A sessão 5, a de encerramento, deve ocorrer apenas após pelo menos 15 dias da ocorrência da sessão 4. Nela, serão analisados os scripts colocados em prática na situação concreta das interações fora da sessão. Novamente, será aplicada a Escala da Assertividade, de Gambrill e Richley (1995), como pós-teste.

Componente 4: Gerenciamento de Caso

O Gerenciamento de Caso é um processo de intervenção psicossocial, de seguimento e monitoramento do encaminhamento do servidor ao sistema de serviços da rede de apoio no primeiro setor (governo e seus diversos setores), no segundo setor (empresas e planos de saúde) e no terceiro setor (organizações sociais). Sua base teórica está nas perspectivas sistêmica (a noção de rede de suporte social) e holística (a noção do máximo possível do todo identificável das necessidades psicossociais do membro da população-alvo), sendo bastante aplicado pelo serviço social pragmático norte-americano. O Gerenciamento de Caso terá como dado indicador do mesmo, o diagnóstico feito na Fase 2, apontando os participantes cujos casos serão gerenciados: os que informarem presença de mais de 85% de sintomas de estresse em extremo desconforto, linha de corte adotada como indicativa de complexidade no caso. O processo de gerenciamento de caso ocorre em quatro Etapas interativas, cíclicas e

recursivas, corridas e recorridas até que as metas contidas no Plano do Gerenciamento do Caso sejam atendidas, como descritas a seguir.

Etapa 1: Estudo social do caso e estruturação do Plano de Gerenciamento do Caso.

Tratar-se-á de estudo social do servidor e hierarquização da complexidade do seu caso para estruturação do Plano de Gerenciamento do Caso, no qual objetivos específicos, metas e ações, também específicas, são descritas para atender às necessidades do servidor. O Plano de Gerenciamento do Caso orienta-se para ações concretas a ocorrer em prazos razoáveis e datas específicas. O estudo social (Anexo 1) gera o relatório social (Anexo 2). O Anexo 3 é um exemplo de Plano de Gerenciamento de Caso que focaliza duas áreas de necessidades do caso gerenciado: saúde (física e mental) e material/finanças.

O estudo social será complementado com a descrição do sociograma das interações sociais no setor do servidor cujo caso será gerenciado. O sociograma será gerado a partir do Formulário de Sociograma preenchido pelos integrantes do grupo de trabalho próximo do servidor em questão. O Formulário de Sociograma é um instrumento para sociometria dos relacionamentos interpessoais afetivos dentro de um grupo, identificando líderes, *rankings* sociais, subgrupos, conexões entre subgrupos e indivíduos em isolamento. Nesta pesquisa-ação técnica, o critério afetivo será a qualidade dos vínculos interpessoais do servidor cujo caso estará em gerenciamento, e seus dados serão empregados para fins de fortalecimento da adesão do servidor ao Plano de Gerenciamento do Caso, a partir dos pares indicados pelo servidor e de suas funções na rede social pessoal dele. O nível funcional dessa rede é o que agrupa os tipos de vínculos que dizem como a rede funciona, ou para que os seus vínculos existem, conforme estratégia de análise de fatores de risco e proteção descrita por Borloti (2015). Para cada elemento funcional da rede social pessoal será feita uma pergunta a todos os integrantes do grupo de trabalho próximo do servidor em questão, e também ao próprio servidor, no formulário de sociograma: (1) Companhia (partilha de rotinas do dia a dia); (2) Apoio emocional (partilha de sofrimento/vulnerabilidade); (3) Guia (informações e aconselhamento); (4) Regulação (regras de convívio); (5) Ajuda material e de serviços; (6) Acesso a novos vínculos. Assim, o sociograma se configurará a partir desta mesma pergunta: “quem do seu grupo mais próximo no trabalho você procura para [função na rede social pessoal, por exemplo, “apoio emocional: partilha de sofrimento/vulnerabilidade”]?”

A plataforma *LeaderboardX* (<https://leaderboardx.herokuapp.com/>), de acesso livre, gera as Figuras do sociograma de cada grupo, quando se digitaliza quem escolhe quem para cada função na rede social pessoal do policial em foco no Gerenciamento de Caso. A Figura 1 mostra um sociograma hipotético de um grupo de servidores para a função “apoio emocional”, que ilustra três fatos importantes para o gerenciamento do caso: o grupo contém um pequeno subgrupo de seis policiais que não se conecta com o resto do grupo; o policial Michael, cujo caso será gerenciado, está isolado, não atraindo nenhuma vinculação; os policiais Emily e William ocupam papéis sociais centrais no grupo, sendo pontes para subgrupos, e têm função de apoio emocional para Michael. Conclusão: Emily e William são elementos importantes para favorecer os objetivos do Gerenciamento de Caso do policial Michael.



Figura 1: Sociograma hipotético de um grupo de servidores (Fonte: plataforma *LeaderboardX*).

Etapa 2: implementação do Plano de Gerenciamento do Caso.

Nessa Etapa 2 se executa a gestão do caso nas ações e nos prazos/datas. Ações em prazos/datas indicarão o cumprimento do Plano de Gerenciamento do Caso, assegurando, integrando e modificando os recursos do gerenciamento do caso do servidor na direção do resultado esperado. Cada caso terá o gerente de caso, assessorado pelo analista psicossocial, elo de ligação entre o policial em questão e os membros da sua rede social pessoal, que serão acionados estrategicamente aos objetivos do gerenciamento do caso.

Etapa 3: follow-up.

O seguimento do caso poderá ser bimestral, trimestral ou semestral, a depender da sua complexidade. Nesse acompanhamento, o gerente do caso e o analista social reúnem dados advindos do servidor, de membros da rede social pessoal dele, para, em supervisão com a coordenação do SOMA-SI, emitir parecer sobre a eficácia do Plano de Gerenciamento do Caso. O parecer será prescritivo de soluções dos entraves ao Plano, que são acrescentadas ao planejamento, conforme necessário, e dentro do prazo do follow-up do caso, de modo a permitir a observação da concretização e da eficácia da solução.

Etapa 4: avaliação de resultados.

Nessa Etapa 4 é feita a avaliação do gerenciamento do caso considerando o Plano de Gerenciamento, a eficácia do planejamento do gerenciamento do caso e a relação entre o desfecho do caso e a condição inicial do servidor.

ANÁLISE INTEGRATIVA DE DADOS

A análise integrativa dos dados quantitativos será processada por técnicas estatísticas básicas e avançadas, possíveis pelo SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Na medida em que forem coletados, os dados quantitativos comporão bancos de dados no SPSS a partir da definição de variáveis quantitativas (e.g., idade do policial) e categóricas (e.g., tipo de polícia).

Na descrição e exploração dos dados quantitativos pelo SPSS será usada análise univariada em técnicas estatísticas que permitam organizar, resumir e apresentar os dados, de tal forma que os mesmos possam ser interpretados de acordo com os objetivos específicos de cada estudo e o tipo de variável envolvida em cada objetivo específico. Serão apresentadas de forma descritiva (e.g., média, valor mínimo/máximo) ou gráfica (e.g., histograma).

Serão feitas análises univariadas e bivariadas. As univariadas são descritivas dos dados de variáveis quantitativas e categóricas (e.g., histogramas, tabelas de frequência, etc.). As bivariadas envolvem a análise da correlação entre duas variáveis, utilizam-se testes estatísticos adequados ao tipo de variáveis que estarão sendo correlacionadas (e.g., Teste Qui-Quadrado, se a correlação for entre variáveis categóricas) e técnicas de organização, resumo e apresentação adequadas a essa correlação (e.g., gráfico de pontos ou “Scatterplot”). Os resultados da análise qualitativa serão interpretados junto à quantitativa. Na medida do possível, dados quantitativos serão extraídos dos dados qualitativos e submetidos ao SPSS.

ASPECTOS ÉTICOS

A participação dos agentes de segurança componentes da população-alvo, todos adultos, de ambos os sexos, é voluntária, como convém à pesquisa-ação técnica (Tripp, 2005). Na Fase 1 serão definidos como e por quem os potenciais voluntários para a pesquisa serão localizados, contatados e convidados a participar da pesquisa. O acordo institucional definirá quem em cada instituição ficará responsável por mobilizar esses potenciais participantes e disseminar o formulário online com os instrumentos de coleta de dados do levantamento e, após analisados esses dados do levantamento, do formulário online dos participantes triados para a Fase 3. A identificação desses respondentes triados será por um código preenchido nos instrumentos, decifrado apenas pela equipe do SOMA-SI.

O formulário enviado aos potenciais participantes será acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE, ainda a ser submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, indicará a plena liberdade do potencial participante de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o andamento do seu trabalho na sua instituição, os benefícios e os riscos da participação.

Os benefícios incluirão: (1) o conhecimento (diagnóstico) das condições de estresse, pela participação nas ações dirigidas ao levantamento (survey) dessas condições; e (2) a oportunidade de ser atendido em intervenções multicomponentes para a solução de problemas de saúde e qualidade de vida relacionados a essa condição de estresse.

Os riscos da participação envolvem a exposição de algum grau de dificuldade ou sofrimento nas respostas aos instrumentos do levantamento e nos atendimentos individuais e em grupo. Nos instrumentos do levantamento isto será minimizado com a garantia do anonimato e da decifração do código de identificação dos respondentes para a triagem apenas pela equipe do SOMA-SI. Nos atendimentos individuais e em grupos, isso será minimizado na primeira sessão com o contrato grupal do sigilo das informações, como convém ao código de ética do profissional que conduzirá as sessões individuais e grupais. Esses profissionais estarão capacitados tecnicamente a acolher as demandas individuais dos participantes, relacionadas a esse risco da exposição. A coleta será monitorada pela entrada de dados online a partir dos formulários preenchidos pelos participantes, protegendo sua confidencialidade durante toda a duração da coleta. A

triagem continuará a proteger essa confidencialidade a partir dos códigos pessoais e intransferíveis de cada participante, conhecidos apenas pela equipe da pesquisa. Os participantes se inscreverão nos componentes da Fase 3 a partir desses códigos e dos critérios de inclusão e exclusão em cada componentes, conforme descritos anteriormente. Os dados e materiais obtidos dos participantes serão tornados anônimos para os fins dos produtos institucionais da pesquisa e, bem como, para os fins de produtos acadêmicos e científicos.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão nos componentes da Fase 3, serão incluídos no Componente 1 os participantes do levantamento que optarem por esse componente e nele se enquadrarem por terem, concomitantemente, sintomas psicológicos, cardiológicos e nutricionais de estresse em frequência e gravidade considerável. Serão incluídos no Componente 2 os que optarem pelo atendimento individual, preencherem os critérios de inclusão em psicoterapia breve (Dewan, Steenbarger, & Greenberg, 2018), declararem possuir as condições garantidoras da qualidade e da ética da telepsicoterapia remota (CFP 2018) e fizerem *matching* com o terapeuta disponível (idade, sexo etc.). Serão incluídos no Componente 3 os participantes que tiverem preferência pela modalidade de intervenção em grupo e sintomas de desconforto relacionados às temáticas das Oficinas de Grupo, descritas anteriormente. Por fim, serão incluídos no Componente 4 os participantes que apresentarem presença de mais de 85% de sintomas de extremo desconforto, ou outra indicação de gravidade dos instrumentos utilizados no levantamento, o que inferirá a alta complexidade do caso que necessitará das técnicas do gerenciamento de caso (e.g., ideação suicida, depressão grave e/ou dependência de substâncias psicoativas).

ATIVIDADES E CRONOGRAMA DE TRABALHO

As atividades realizadas no âmbito do SOMA-SI, bem como seus respectivos cronogramas de trabalho podem ser visualizadas na Tabela 4.

Tabela 4. Cronograma de atividades do SOMA-SI.

Atividade de acordo com as fases do SOMA-SI	Em Meses, a partir da data da assinatura do contrato com a Fundação de Apoio											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Acordo Interinstitucional (até 3 assembleias)	X											
Mobilização, Levantamento e Triagem	X	X	X									
Intervenção com o Componente 1 (Cardiologia, Nutrição e Stress Reverse®)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Intervenção com o Componente 2 (Terapia Comportamental Breve)					X	X	X	X	X			
Intervenção com o Componente 3 (Oficinas: Empatia e Assertividade)				X	X				X	X		
Intervenção com o Componente 4 (Gerenciamento de Caso)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Redação de relatórios parciais			X			X					X	
Redação de relatório final											X	X

RESULTADOS ESPERADOS

Como resultados da implementação deste projeto-piloto sob a forma de pesquisa-ação técnica, espera-se contribuir para melhoria do bem-estar dos policiais participantes das ações desenvolvidas, com possíveis reflexos na qualidade do serviço prestado por eles na área de segurança pública do estado do Espírito Santo. Tais resultados serão avaliados por meio da coleta de dados sobre o estresse (levantamento) e dos indicadores cardiológicos, nutricionais, psicológicos e sociais relacionados ao estresse dos participantes dos componentes da intervenção, pelos dados auferidos por cada componente, conforme procedimentos descritos anteriormente.

Os resultados obtidos com a implementação do SOMA-SI serão apresentados em produtos parciais e ao final do projeto, sob a forma de relatório técnico final, e também poderão ser apresentados em eventos e publicados em periódicos científicos de interesse da área de segurança pública, como forma de subsidiar outras ações relacionadas à saúde e bem-estar de profissionais das polícias.

No aspecto científico, uma revisão tipo “estado da arte” feita no ano passado sobre estresse e saúde de policiais, publicado na revista *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management* (Violanti et al., 2019), confirma que o trabalho do policial é uma arena fértil para avaliar as consequências do estresse sobre a saúde. O artigo dos autores permite informações sobre riscos inerentes ao estresse policial para subsidiar ações preventivas em um sentido multi-dimensional qualitativo, quantitativo e contextual. Esta pesquisa considera os principais riscos apontados por esse “estado da arte” e caminha nessa direção preventiva.

ORÇAMENTO

Para o alcance dos objetivos do projeto, serão necessários diversos recursos, cujo orçamento pode ser visto na Tabela 5.

Tabela 5: Orçamento do SOMA-SI.

Categoria	Item	Valor unitário (R\$)	QTD	Especificação (produtos e /ou serviços, sem indicação de marca)	Valor Total (R\$)		
Serviços	Medicina (cardiologia) Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica (STPJ)	180,00 (hora)	288	Serviço técnico (médico)	51.840,00		
	Nutrição Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica (STPJ)	180,00 (hora)	288	Honorário nutricionista	51.840,00		
	Serviços de psicologia	Psicólogo I - Stress Reverse® Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica (STPJ)	180,00 (hora)	288	Honorário psicólogo	51.840,00	
		Psicólogo II (Oficineiro – Oficina de Empatia) (Bolsa)	3.240,00 (mês)	02	Pagamento psicólogo	6.480,00	
		Psicólogo III (Oficineiro – Oficina de Assertividade) (Bolsa)	3.240,00 (mês)	02	Pagamento psicólogo	6.480,00	
		Psicólogo IV	Psicólogo Terapeuta (12) Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica (STPJ)	72,00 (hora)	720	Honorário psicólogo	51.840,00
			Psicólogo Mentor (1)	180,00 (hora)	18	Honorário psicólogo	3.240,00
			Psicólogo Gestor de plataformas online (1) Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	180,00 (hora)	18	Honorário psicólogo	3.240,00

			(STPJ)					
	Serviços de Gestão Operacional			12	Serviços de gestão: registros do projeto de pesquisa, contratações de bolsas, contratações de STPJ, serviços de gestão central, serviços de gestão da equipe executora.	66.019,20		
Equipe Executora	Coordenador administrativo (1)		2.500,00 (bolsa/mês)	12	Atividade-fim da pesquisa	30.000,00		
	Analista social (1)		1.620,00 (mês)	12	Atividade-fim da pesquisa	19.440,00		
	Analista de Dados (2)		1.350,00 (mês)	08	Atividade-fim da pesquisa	10.800,00		
VALOR TOTAL GERAL							R\$ 353.059,20	

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES

Função	Descrição
Coordenador	Realizar o controle administrativo do projeto junto à Fundação de Apoio: assinar contratações, frequências, liberações de recursos, desligamentos etc. Realizar o controle da execução das atividades técnicas da pesquisa-ação técnica (medicina, nutrição, psicologia e gerenciamento de caso).
Analista Social	Realizar o gerenciamento de caso (componente 4 da pesquisa-ação técnica)
Analista de Dados	Realizar o tratamento e a análise de dados
Gestor Operacional (Fundação de Apoio à UFES)	Realizar os serviços de gestão (Fundação de Apoio à UFES): registros acadêmicos do projeto de pesquisa, contratações de bolsas, contratações de STPJ, serviços de gestão central, serviços de gestão da equipe executora.
Médico cardiologista	Realizar a ação 1 do componente 1 da metodologia da pesquisa-ação técnica
Nutricionista	Realizar a ação 2 do componente 1 da metodologia da pesquisa-ação técnica
Psicólogo I	Realizar a ação 3 do componente 1 da metodologia (Stress Reverse®) da pesquisa-ação técnica
Psicólogo II	Realizar a ação 1 do componente 3 da metodologia (Oficina Empatia) da pesquisa-ação técnica
Psicólogo III	Realizar a ação 2 do componente 3 da metodologia (Oficina Assertividade) da pesquisa-ação técnica
Psicólogo IV	Realizar processo seletivo, contratação, treinamento e acompanhamento de 12 psicólogos terapeutas e de 1 psicólogo gestor da plataforma online de realização das sessões de terapia breve, referentes ao componente 2 da pesquisa-ação técnica Realizar a mentoria dos psicólogos terapeutas

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE ACORDO COM OS PRODUTOS
ENTREGUES (as datas dependem da data da assinatura do contrato com a
Fundação de Apoio)**

Produto	Descrição	Prazo	Valor % R\$
1	Acordo Interinstitucional	30 dias da assinatura do contrato	15% 52.958,88
2	Estudo Diagnóstico-Prescritivo	90 dias da assinatura do contrato	20% 70.611,84
3	Relatório Executivo Parcial das Intervenções (Parcial 1)	150 dias da assinatura do contrato	20% 70.611,84
	Relatório Executivo Parcial das Intervenções (Parcial 2)	240 dias da assinatura do contrato	20% 70.611,84

	Relatório Executivo Parcial das Intervenções (Parcial 3)	330 dias da assinatura do contrato	20% 70.611,84
4	Relatório Técnico Final	360 dias da assinatura do contrato	5% 17.652,96
TOTAL			353.059,20

Referências

- Almeida, C. B., & Furtado, C. C. (2017). Comer Intuitivo. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 14(37), 38-46. Recuperado de <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/925/u2017v14n37e925>
- Almeida, C. C., & Assumpção, A. A. A. (2018). A eficácia do *mindful eating* para transtornos alimentares e obesidade: Revisão integrativa. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(6), 25-36. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18403/13607>
- Antunes, C. (2011). *Jogos para a estimulação das múltiplas inteligências*. Editora Vozes Limitada.
- Boehm, J. K., Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655-91. <http://doi.dx.org/10.1037/a0027448>
- Borloti, E. (2015). Análise de fatores de risco e de Proteção para o uso de drogas. In: Elizeu, B.; Balbi-Neto, R. R. Q.; Machado, A. R.; Andrade, A. da P. (Org.). *Crack, álcool e outras drogas: Estratégias de Intervenção para a Formação Permanente*. 1ed. Vitória: GM, 2015, v. 3, p. 99-126.
- Borloti, E., Haydu, V. B., Kiene, N., & Zacarin, M. R. J. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas durante a pandemia da Covid-19: Um panorama. *Revista*

- Brasileira de Análise do Comportamento, 16(1), 21-30.
<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i1.8885>
- Borloti, E., García, M. V. H., Jiménez, V. S., & Sudbrack, M. F. O. (2017). Drug use prevention projects in schools in Vitória, Brazil: quality analysis and improvement proposals. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30, 1. Epub March 20, 2017.
<https://dx.doi.org/10.1186/s41155-016-0056-2>
- Brasil (2018). Lei Nº. 13.675, de 11 de junho de 2018. Disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do art. 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp); altera a Lei Complementar n. 79, de 7/1/1994, a Lei n. 10.201, de 14/2/2001, e a Lei n. 11.530, de 24/10/ 2007; e revoga dispositivos da Lei n. 12.681, de 4/7/2012. Recuperado de:
<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13675&ano=2018&ato=1dcATV61UeZpWTb12>
- Carlier, I. V., Voerman, A. E. & Gersons, B. P. (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 87-98.
<http://dx.doi.org/10.1348/000711200160327>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., Damer, D. D., Hemmelstein, N. A., Jackson, J. S., Morford, M., Ragusea, S. A., Roper, J. G., Spayd, C., Weiszer, T., Borkovec, T. D., & Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 327–344. doi:10.1037/a0021164
- Catão, L. G. & Tavares, R. L. (2017). Técnicas da Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares. *Revista Campo do Saber*, 3(1), 244-261. Recuperado de :
<http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/viewFile/259/219>
- Conselho Federal de Psicologia (2018). Resolução Nº 11, de 11 de maio de 2018. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>
- Costa, M., Accioly Jr, H., Oliveira, J. & Maia, E. (2007). Estresse: Diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Revista Panamericana de Salud*

- Publica*, 21(4), 217-222. Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n4/217-222/pt/>
- Couto, G., Brito, E. A. G., Vasconcelos-Silva, A. & Lucchese, R. (2012). Saúde mental do policial militar: Relações interpessoais e estresse no exercício profissional. *Psicologia Argumento*, 30(68), 185-194. <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.5896>
- Davis, M., Eshelman, E. R., & Mackay (1996). *Manual de Relaxamento e Redução do Stress*. São Paulo: Summus.
- Dewan, M. J., Steenbarger, B. N., & Greenberg, R. P. (Eds.) (2018). *The art and science of brief psychotherapies*. American Psychiatric Association Publishing, Third Edition, Arlington, VA.
- DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology*, 195, 265-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.05.121>
- Falcone E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., Faria, C. A., D'Augustin J. F. et al . Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Aval. psicol.* [Internet]. 2008 Dez [citado 2020 Dez 04] ; 7(3): 321-334.
- Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de Campo: um instrumento de reflexão. *Contexto e Educação*, 2(7), 19-24.
- Ferreira, D. K. S., Bonfim, C., & Augusto, L. G. S. (2012). Condições de trabalho e morbidade referida de policiais militares, Recife-PE, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 4 (21), 989-1000.
- Feshbach, N. D., and S. Feshbach. 2009. Empathy and Education. In.: J. Decety and W. Ickes (Ed.). *The Social Neuroscience of Empathy*, (pp. 85–97). London: MIT Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>
- Fonseca, N. M. D. *Efeitos de workshop de psicoterapia analítica funcional sobre habilidades terapêuticas*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Futino, R. S., & Delduque, M. C. (2020). Saúde mental no trabalho de segurança pública: Estudos, abordagens e tendências da produção de conhecimento sobre o tema. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 9(2), 116-134. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i2.632>

- Gaspary, L. T., Selau, L. P. R., & Amaral, F. G. (2008). Análise das condições de trabalho da polícia rodoviária federal e sua influência na capacidade para trabalhar. *Revista Gestão Industrial*, 4(2), 48-64.
- Ghisi, G. L. M., Chaves, G. S. S., Loures, J. B., Bonfim, G. M., & Brito, R. (2018). Validação da Versão Brasileira do Questionário Curto para Avaliar Conhecimento de Pacientes com Doenças Cardiovasculares (CADE-Q SV). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(6), 841-849. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180169>
- Gomes, A. R. (2012). Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM). Relatório técnico não publicado. Braga: Escola de Psicologia, Universidade do Minho. <https://www.ardh.pt/documentos/investigacao/avaliacao/burnout/2-MBSM-SMBM-Medida%20%E2%80%9CBurnout%E2%80%9D%20Shirom-Melamed.pdf>
- Gambrill, E. & Richey, C. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561
- Ginty, A. T., Phillips, A. C., Higgs, S., Heaney, J. L. J., & Carroll, D. (2012). Disordered eating behaviour is associated with blunted cortisol and cardiovascular reactions to acute psychological stress. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 715-724. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.09.004>
- Heidt, T., Sager, H. B., Courties, G., Dutta, P., Iwamoto, Y., Zaltsman, A., von Zur Muhlen, C., Bode, C., Fricchione, G. L., Denninger, J., Lin, C. P., Vinegoni, C., Libby, P., Swirski, F. K., Weissleder, R., & Nahrendorf, M. (2014). Chronic variable stress activates hematopoietic stem cells. *Nature Medicine*, 20(7), 754-758. <https://doi.org/10.1038/nm.3589>
- John, C. (2010). *Assertiveness at work Human relations skill training among recruit police constables - A Kerala experience*. Tese de Doutorado, University of Calicut, Calicut, India.
- Kanfer, F. H. e Saslow, G. (1976). An outline for behavioral diagnosis. Em E. J. Mash e L. G. Terdal (Ed.). *Behavioral Therapy Assessment*. New York: Springer Publishing Company.
- Kivimäki, M., Steptoe, A. (2018). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Review Cardiology*, 15, 215-29. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.

- Koo-Loeb, J. H., Costello, N., Light, K. C., & Girdler, S. S. (2000). Women with eating disorder tendencies display altered cardiovascular, neuroendocrine, and psychosocial profiles. *Psychosomatic Medicine*, 62, 539-548.
- Levinas, E. (2011). *De otro modo que ser o más allá de la esencia*. Tradução de Antonio Pintor Ramos. 5.ed.
- Liakopoulou, D., Tigani, X., Varvolgi, L., Chorousus, G. P., & Darviri, C. (2020). Stress management and health promotion intervention program for police forces. *International Journal of Police Science & Management*, 22(2), 148-158. <https://doi.org/10.1177/1461355719898202>
- Lima, F., & Marinho, E. L. L. (2016). Segurança pública no Brasil: Eficiência e defasagem tecnológica. *Anais do XLII Encontro Nacional de Economia*, Associação Nacional dos Centros de Pós-graduação em Economia.
- Loures, D. L., Sant'Anna, I., Baldotto, C. S. R., Sousa, E. B., & Nóbrega, A. C. L. (2002). Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78(5), 525-530. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2002000500012>
- Luft, C. D. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>
- Machado, W. L. & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 587-595.
- Maia, A. (2002). Emoções e sistema imunológico: Um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 209-227. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5826>
- Minayo, M. C. S., & Adorno, S. (2013). Risco e (in)segurança na missão policial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (3), 585-593.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G., & Oliveira, R. V. C. (2011). Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (4), 2199-2209.
- Miranda, D., Cruz, F. N., Fonte, M., Napolião, P., Pereira, T. G. S., & Ceratti, N. F. (2020). *Notificação de Mortes Violentas Intencionais entre Profissionais de Segurança Pública no Brasil*. Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio. Recuperado de <https://ippesbrasil.com.br/wp-content/uploads/2020/09/Boletim-IPPEs-2020-Notifica%C3%A7%C3%A3o-de->

[Mortes-Violentas-Intencionais-entre-Profissionais-de-Seguran%C3%A7a-P%C3%BAblica-no-Brasil-ERRATA.pdf](#)

- Novaes, P. H., & Mota, D. C. B. (2019). Prevenção e promoção em saúde mental: Uma revisão sistemática acerca da atuação dos psicólogos brasileiros no âmbito da atenção básica. *Cadernos de Psicologia*, 1(2), 623-644. Recuperado de <https://seer.cesjf.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2512>
- Oliveira, K. L., & Santos, L.M. (2010). Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. *Sociologias*, 12 (25), 224-250.
- Oliveira, P. L. M., & Bardagi, M. P. (2010). Estresse e comprometimento com a carreira em policiais militares. *Boletim de Psicologia*, 131 (59), 153-166.
- Ong, A. D. (2010). Pathways linking positive emotion and health in later life. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 358-362.
- Paschoal, T.; Tamayo A. (2004). Escala de estresse no trabalho – EET. *Estudos de Psicologia*, 9(1),45-52.
- Pinheiro de Souza, M. D. (2019). *Stress Reverse: Método para Redução do Estresse em Adultos*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Pôrto, R. M. P. (2013). Trabalho e saúde de policiais rodoviários federais. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
- Selye, H. (2018). Suprarrenales. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 3(3), 231-245. Recuperado de <http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/322>
- Sin, N. L. (2016). The protective role of positive well-being in cardiovascular disease: Review of current evidence, mechanisms, and clinical implications. *Current Cardiology Reports*, 18, 106. <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0792-z>
- Silva, I. S. da, Carvalho, L. W. T. de, Teixeira, G. M., Fernandes, M. G., Santos, A. A. dos, Oliveira, S. P. de F. P. de, & Silva, G. A. da. (2020). Programas de intervenção na Síndrome de *Burnout*: Uma revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(10), <https://doi.org/10.25248/reas.e4402.2020>
- Souza, E. R., & Minayo, M. C. S. (2005). Policial, risco como profissão: Morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (4), 917-928.
- Souza, E. R., Minayo, M. C. S., Silva, J. G., & Pires, T. O. (2012). Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (7), 1297-1311.

- Stammers, L., Wong, L., Brown, R., Price, S., Ekinci, E., & Sumithran, P. (2020). Identifying stress-related eating in behavioural research: A review. *Hormones and Behavior*, 124, <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2020.104752>
- Stephan, W. G., & Finley, K. (1999). The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 55, 729–743.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, set./dez. 2005, p. 443-466. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira.
- Violanti, J. M., Charles L. E., McCanlies, E., Hartley, T. A., Baughman, P., Andrew, M. E., Fekedulegn, D., Ma, C. C., Mnatsakanova, A., & Burchfiel, C. M. (2017) "Police stressors and health: a state-of-the-art review", *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, Vol. 40 Issue: 4, pp.642-656, <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-06-2016-0097>
- Weersing, V. R., Brent, D. A., Rozenman, M. S., Gonzalez, A., Jeffreys, M., Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Porta, G., & Iyengar, S. (2017). Brief Behavioral Therapy for Pediatric Anxiety and Depression in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(6), 571–578. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0429>

ANEXO 1: Roteiro de Estudo Social

Passos

1. O que será conhecido por meio do estudo social? Situação social do policial cujo caso é complexo e indicado para Gerenciamento de Caso (amostra a ser definida).
2. Para que realizar o estudo? 1) conhecer e relatar com profundidade, e de forma crítica, a situação ou realidade social dos policiais dessa amostra (socioeconômica, familiar e cultural) que condicionou a sua história de relação a um dado ou a uma condição significativa para a COPAS; 2) subsidiar o encaminhamento aos serviços/equipamentos da rede de assistência pública e/ou privada e fornecer uma avaliação da situação social anterior à essa condição significativa. O estudo social é feito por meio de entrevistas diretas com o policial, observação, análise de documentação, entrevistas com colaterais (e.g., familiares) e profissionais que o assistem. O estudo gera um relatório social de cada policial: uma apresentação descritiva e interpretativa da sua situação social atual.
3. Como fazer o estudo? Entrevistas diretas com o policial, observação, análise de documentação, entrevistas com colaterais e profissionais.
4. Qual é o produto do estudo? Um relatório social: uma apresentação descritiva e interpretativa da situação social do policial.
5. Quem pode fazer? Assistente Social e/ou estagiário do curso de Serviço Social.

Roteiro e estruturação

1. **Identificação do policial:** nome, endereço completo, data de nascimento, naturalidade, escolaridade e nome dos pais ou pessoa de referência.
2. **Situação familiar:** composição familiar com qualificação dos integrantes do grupo (genograma); identificação dos problemas relacionados à situação de interesse do estudo social; que providências foram tomadas; como se expressam os vínculos; interação familiar, potencial da família; valores religiosos; fatores de tensão da família: falta de cuidados, dificuldades econômicas, instrução limitada, dificuldade de comunicação, nível de compreensão, etc.; doenças; perdas significativas como mortes, separações, aposentadorias.
3. **Situação socioeconômica:** renda familiar, responsáveis pela manutenção da família, situação de moradia (casa própria, alugada, cedida, etc.), condições da

moradia (aspectos físicos, higiene, conservação, organização, condições de acessibilidade para pessoa com mobilidade reduzida – se for o caso).

4. **Inserção na vida familiar e na sociedade:** quais as formas que o policial dispõe para inserção e ocupação do tempo – escola, prática religiosa, lazer, atividades esportivas e culturais, etc.
5. **Situação de saúde:** existência de patologias no policial e familiares, tratamento realizado, medicamentos utilizados.
6. **Rede de proteção social:** equipamentos e serviços existentes na comunidade, como a família avalia os atendimentos recebidos até o momento na rede institucional.
7. **Impressões iniciais**

Anexo 2: Modelo de relatório social

1 – Identificação do SOMA-SI

Ref.: Prontuário n.º X

2 – Identificação do policial

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Escolaridade:

Endereço completo:

Nome dos pais:

Pessoa de referência: nome, endereço e vínculo com o policial.

3 - Finalidades do estudo social

Conhecer e relatar com profundidade, e de forma crítica, a situação ou realidade social (socioeconômica, familiar e cultural) do policial que condicionou a sua história de relação com [a situação de interesse do estudo social].

Subsidiar o encaminhamento aos serviços/equipamentos da rede assistencial privada e/ou pública e fornecer uma avaliação da situação social anterior ao estudo social.

4 - Procedimentos utilizados

Indicar: entrevistas diretas com o policial, observação, análise de documentação, entrevistas com colaterais e profissionais.

5 - Desenvolvimento

Descrição da situação investigada através do estudo social contemplando a situação familiar, as condições socioeconômicas, a inserção na vida familiar e na sociedade, a situação de saúde, a rede de proteção disponível na comunidade, município, Estado e/ou Federação e outras situações julgadas importantes, de acordo com o caso.

6 - Análise da situação

Fazer uma análise focando os aspectos socioeconômicos, culturais e as interações familiares, correlacionando-os com os problemas atuais e as possibilidades de soluções. Explicitar os aspectos da qualidade da relação familiar, nível de aceitação e qualidade do relacionamento mantido com o policial por parte dos familiares, expressão de sentimentos através de formas não vocais (expressão facial, olhares, gestos), verbais (atitudes) e não verbais. Explicitar aspectos culturais relacionados à situação de interesse do estudo social.

7 - Parecer

Emitir opinião profissional com base na observação e estudo da situação, fornecendo subsídios para o encaminhamento. Com base na análise realizada, opinar sobre a existência ou não de violação de direitos sociais ou de situação de risco psicossocial, pontuando os elementos presentes no caso que possam ser utilizados na solução dos problemas encontrados.

10 – Termo de encerramento

“Não havendo mais nada a aduzir, como assistente social [ou analista social], encerro o presente relatório social, rubricando todas as laudas, exceto esta última que está assinada e datada”.

Local e data**Carimbo e assinatura do Analista Social**

ANEXO 3: Ferramenta para Gerenciamento de Casos

Case Management Support Plan		Name _____ ID Number _____ Date _____	
Strengths/Vision			
Area of Need: Physical Health/Mental Health (dental, medical, medication, substance abuse, adaptive equip, therapy, behavior supports, other)			
Current Status	Personal Goal	Action Steps	Date Goal Achieved
Area of Need: Physical/Financial (money management, benefits, living arrangements, clothing, personal care, child care, rent, other)			
Current Status	Personal Goal	Action Steps	Date Goal Achieved

ANEXO 4: ROTEIRO PARA ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO

(1) Análise inicial do sofrimento

Na entrevista clínica comportamental é a ferramenta para o terapeuta comportamental saber porque o policial o procurou: porque há um comportamento (ação, sentimento ou pensamento que ocorre demais, ocorre de menos ou não ocorre). Assim, é importante neste aspecto da análise entender quais são: (A) os excessos; (B) os déficits; e (C) as reservas do policial.

A. Excessos comportamentais.

Durante a entrevista clínica comportamental o policial estará descrevendo uma classe de comportamentos (ações, sentimentos e pensamentos) que está gerando sofrimento por ser excessiva. O agir, sentir ou pensar é excessivo porque: é muito frequente (exemplo: pensar em um só assunto), é muito intenso (exemplo: ódio), é muito demorado (exemplo: excitação sexual prolongada) ou ocorre em condições inaceitáveis socialmente (exemplo: exibicionismo sexual). Outras ações, sentimentos e pensamentos com menos obviedade com uma ou outra dessas dimensões vão parecendo aos poucos nas sessões, como na solidão. O terapeuta deve ficar atento ao relato de aspectos quantitativos do problema: “Está demais isso”, “Todo dia é assim”, “É algo que toma conta de mim” etc.

B. Déficit comportamentais.

Durante a entrevista clínica comportamental o policial estará descrevendo uma classe de comportamentos (agir, sentir, pensar) que está gerando sofrimento porque: (a) deixa de ocorrer; ou (b) ocorre com alguma dimensão inapropriada. Nesta segunda condição, o agir, o sentir ou o pensar: é pouco frequente (exemplo: timidez), é pouco intenso (exemplo: expressão de afeto amoroso) ou é inadequado (ou na forma de ocorrer ou na condição social em que era previsto ocorrer, por exemplo, os esquecimentos). A depressão é um quadro no qual os déficits estão muito presentes devidos a algumas contingências específicas, como a transição de papéis (exemplos: de casado para solteiro ou de policial em uma operação para policial em outra). O terapeuta deve ficar atento ao relato de aspectos deficitários no sofrimento do policial: “Não consigo”, “Não sei” etc.

C. Reservas Comportamentais.

Reservas são a “parte boa” do repertório comportamental do policial, o que ele faz de bom. Quais são os comportamentos sociais, profissionais, ou outros, adequados do policial? Ele tem talentos ou *hobbies*? Como isto pode ser aproveitado para o tratamento comportamental, no desenvolvimento de novos repertórios? O terapeuta deve ficar atento ao relato de aspectos de bom funcionamento da vida do policial: “Adoro passear com a minha cachorrinha”, “Gosto de ver filmes de suspense”, “Adoro churrasco de picanha” etc.

(2) Análise aprimorada do sofrimento

Feita a análise inicial, à medida em que avança a entrevista clínica comportamental, o terapeuta deve perguntar a si mesmo: o sofrimento do policial se deve a um tipo de excesso ou um tipo de déficit? Respondida esta questão, o terapeuta deve partir para o aprimoramento da análise da situação envolvida no sofrimento do policial, seja excesso ou déficit.

São questões importantes cujas respostas devem ser extraídas do relato do policial:

A. Sobre apoio e oposição.

Que pessoas ou grupos se opõem aos comportamentos definidores do sofrimento? Que pessoas ou grupos os apoiam? Alguém (quem?) persuadiu ou obrigou o policial a fazer terapia?

B. Sobre ganhos.

Quais são as consequências que a queixa ou o sofrimento trazem para o policial e para outras pessoas na vida dele? Que consequências uma solução traria para o policial e para essas pessoas?

C. Sobre condições de ocorrência.

Sob que condições ocorrem os comportamentos relacionados ao sofrimento (por exemplo, condições biológicas, como o uso de drogas, simbólicas, como participação em grupo religioso etc.)?

D. Sobre perdas versus ganhos.

Que satisfação ocorre com a manutenção do sofrimento? E com a solução? O que de bom e o que de ruim aconteceria para as pessoas significativas do policial, caso haja uma solução? Como seria a vida do policial caso a terapia não dê certo e o sofrimento continue?

E. Sobre custos com os ganhos.

Que problemas novos o policial terá que enfrentar caso a terapia dê certo?

F. *Sobre autonomia.*

Até que ponto o policial tem capacidade de colaborar com a terapia?

(1) Análise de operações motivacionais

Esta é a análise da motivação do policial, que tem a ver com tudo (as coisas, as pessoas e os acontecimentos) que reforça o comportamento dele e com o valor que ele atribui a esses reforçadores. As perguntas desse aspecto da avaliação comportamental são:

A. *Sobre valor.*

Como o policial classifica vários reforçadores pela importância que eles têm na vida dele? Pelo custo de obtenção (acesso, tempo, energia, desconforto físico etc.), quais reforçadores têm mais poder ou valor para o policial: reconhecimento, compreensão, dinheiro, saúde, sexo, família, amigos etc.?

B. *Sobre sucesso e expectativa.*

O sucesso em obter esses reforçadores valorizados tem sido frequente ou regular? Quais as expectativas atuais do policial em ser bem-sucedido em obter esses reforçadores? Quando ele os obteve, se já os obteve, quais foram as circunstâncias?

C. *Sobre eficácia.*

Sob que condições (biológicas, simbólicas, sociais, vocacionais) específicas esses reforçadores são consequências para algum comportamento voltado para o objetivo de solucionar a queixa?

D. *Sobre correspondência entre dizer e fazer.*

As ações não verbais do policial no objetivo de solucionar o problema (o que ele faz) correspondem a sua ação verbal (o que ele diz)? De que maneira esta incongruência pode afetar os resultados da terapia?

E. *Sobre controle social.*

Há pessoas (quem?) que têm controle amplo e eficiente sobre o comportamento atual do policial?

F. *Sobre autoatribuição.*

O policial acredita que o que ocorre tem relação com o seu próprio comportamento ou acredita em fatores aleatórios incontroláveis, por exemplo, “destino”, “azar” etc.?

G. *Sobre reforçadores aversivos.*

Quais são os principais estímulos aversivos dos quais o policial de afastaria, tanto no presente quanto no futuro? Há sensações e emoções corporais cuja cessação seriam motivos para a mudança do policial? Do que ele tem medo ou evita?

H. *Sobre perdas de reforçadores positivos.*

O policial desistiria de reforçadores associados a seu problema, por exemplo, perder gratificações financeiras associadas à aposentadoria (se fosse necessário de aposentar)?

I. *Sobre tipos de reforçadores.*

Quais tipos de reforçadores (coisas, pessoas, atividades com essas coisas e/ou pessoas), de valor reforçador valorizado pelo policial, estão acessíveis para serem utilizados para ele melhorar durante a terapia? Quais reforçadores em quais áreas da vida (relacionamento íntimo, família, trabalho, lazer etc.), e de que jeito, podem ser pensados como consequências positivas para a melhora do policial?

IV. Análise do Desenvolvimento

A. *Alterações anátomo-fisiológicas.*

- Há limitações ou deficiências físicas, sensoriais, glandulares etc.? De que maneira isto evoca ou mantém comportamentos, por exemplo, esquiva social por vergonha de alguma deficiência? Há regras autolimitadoras?
- Quando e como ocorreram essas limitações ou deficiências? Que impactos tiveram e têm? O que já foi feito, e por quem, para lidar com elas? O policial desenvolveu respostas alternativas?
- Como essas limitações podem afetar a solução do problema do policial?

B. *Alterações macrosociais.*

- Em qual contexto cultural ou grupal amplo o policial se desenvolveu? Pertence a um grupo identitário, por etnia, religião ou orientação sexual? Pertence a grupos culturais específicos, por profissão, esporte etc.? As atitudes das pessoas desses grupos são congruentes com as escolhas do policial (por exemplo, seu grupo religioso aceita sua orientação sexual ou sua família aceita sua escolha profissional e sua opção por trabalhar aos finais de semana)?

- Nessa cultura ocorreu algum fato relacionado ao comportamento do policial que tem a ver com o sofrimento (por exemplo, o policial se casou com uma pessoa de uma religião diferente da religião das pessoas do seu grupo religioso)? Quando foi que ocorreu esse fato? É algo permanente? Como ocorreu esse fato?
- O policial encara essas mudanças como tendo sido ocasionadas por ele, pelos outros ou pelo acaso? Qual a atitude dele em relação ao modo como ele próprio encara essas mudanças?
- Os papéis sociais do policial são congruentes entre si ou o sofrimento do policial está relacionado a algum conflito de papéis? Há conflitos entre os sistemas de valores aprendidos quando ele ainda era criança e os aprendidos agora que ele é adulto? O sofrimento se deve a déficits comportamentais devido às mudanças (por exemplo, veio à falência financeira ou teve que mudar de residência e enfrenta novas exigências)? O sofrimento se deve a conflitos de papéis, se deve a apenas um ou outro desses papéis conflitantes?
- Como esses fatores macrossociais serão considerados na terapia?

C. *Modificações Comportamentais.*

- Antes de procurar terapia, o policial já vinha apresentando esse sofrimento? Se sim, quais mudanças foram as mais evidentes? Como elas foram se alterando. Se intensificando?
- Houve acontecimentos biopsicossociais relevantes para essas modificações (por exemplo, divórcio, uso de drogas etc.)?
- Estas modificações se deram: (a) pela ocorrência de novos comportamentos, (b) pela mudança na intensidade ou frequência de comportamentos que já ocorriam; ou (c) pela não-ocorrência de comportamentos que precisariam ter ocorrido?
- Em quais contextos sociais estas mudanças de comportamento começaram? Elas se expandiram para outros contextos sociais diferentes?
- As mudanças podem ser explicadas pelo fato do policial ter estado com indivíduos ou grupos significativos? Pode-se dizer que esse ambiente social tenha funcionado como modelo para as mudanças?

V. Análise do autocontrole

A. Contextos

Em quais ambientes ou situações o policial consegue mudar comportamentos associados ao sofrimento? Ele faz isto por conta própria ou depende de alguém?

B. Efeitos aversivos

As consequências aversivas do comportamento relacionado ao sofrimento sobre os outros (por exemplo: críticas, boicotes etc.) reduziram a frequência do comportamento problemático ou apenas as condições sob as quais ele ocorre? Isto afetou o autocontrole do policial? Se sim, como?

C. Esquivas

O policial consegue ter controle sobre o comportamento relacionado à queixa evitando situações que tornam o comportamento mais provável de ocorrer? Ele simplesmente se esquia e lamenta o que perde ou age de forma alternativa em outra situação para conseguir o que queria conseguir na situação evitada?

D. Congruências

O que o policial diz sobre o quanto ele tem autocontrole corresponde ao que os outros dizem sobre o autocontrole dele? A ação do paciente é equiparada às suas intenções em agir como gostaria?

E. Discriminações

Que condições do ambiente (coisas, pessoas, acontecimentos) afetam o comportamento de autocontrole do policial (por exemplo: sozinho ele consegue, mas com a esposa perto, não consegue; ou vice versa)?

F. Possibilidades terapêuticas

Até que ponto pode-se contar com o autocontrole do policial na terapia? É preciso encaminhar para um psiquiatra para fortalecer o autocontrole com alguma medicação?

VI. Análise dos Relacionamentos Sociais

A. Pessoas significativas

Quais são as pessoas mais significativas para o policial? A que pessoas ou grupos ele responde com mais amorosidade? Quem tem função sobre comportamentos produtivos? E sobre comportamentos improdutivos? Os relacionamentos interpessoais do policial mostram um padrão (por exemplo: dependência emocional, abuso psicológico etc.)?

B. Tipos de funções de pessoas

Quais são os reforçadores mais utilizados por essas outras pessoas significativas em relação ao policial (por exemplo: exemplo: o marido sinaliza o fim do casamento ou a esposa é amorosa para obter a promessa de uma viagem)? O controle aversivo (a ameaça da perda do reforçador positivo ou a ameaça da aplicação da punição) é claramente sinalizado?

C. Expectativas do policial com pessoas

O que o policial espera que essas pessoas significativas façam ou digam? Qual é a origem dessa sua esperança?

D. Expectativas de pessoas com o policial

O que essas pessoas significativas esperam do policial? As expectativas dessas outras pessoas sobre o policial correspondem ou conflitam com as expectativas do policial sobre ele mesmo?

E. Conveniência do envolvimento de pessoas na terapia

É conveniente que essas pessoas participem da terapia? De que maneira?

VII. Análise dos Ambientes Físico e Sociocultural

A. Regras sociais

Quais as regras socioculturais do policial para os comportamentos dele que geram sofrimento? Estas normas socioculturais são as mesmas em diferentes grupos, ou cada grupo tem suas próprias regras (por exemplo: em casa regra é uma e no trabalho a regra é outra)? Se são diferentes, quais as diferenças no agir com apoio em um ambiente e no agir sem apoio em outro ambiente?

C. Limitações ambientais

Quais as limitações ambientais que diminuem a probabilidade do reforçamento (por exemplo: restrições físicas, sociais, sexuais, religiosas, financeiras etc.)?

D. Sutilezas do controle de estímulos

Em que parte do ambiente o comportamento relacionado ao sofrimento do policial é mais emitido, incomoda mais ou é mais aceito? É possível aumentar a congruência entre os diversos ambientes? O policial pode anular ou evitar ambientes?

E. Suporte social

O contexto social do policial acredita na terapia ou reforça a adesão à terapia? Há apoio para o que a terapia bem-sucedida pode exigir?