

**FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL
EM POLICIAIS MILITARES NA CIDADE DE SÃO
LUÍS - MA**

SÃO LUÍS

2015

ETHELANNY PANTALEÃO LEITE

**FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL EM POLICIAIS
MILITARES NA CIDADE DE SÃO LUÍS - MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Flor de Maria Araújo
Mendonça Silva

SÃO LUÍS

2015

L533f Leite, Ethelanny Pantaleão

Fatores associados ao consumo de álcool em policiais militares na cidade de São Luís – MA / Ethelanny Pantaleão Lima. São Luís: UNICEUMA, 2015.

76 p.il.: color.

Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Universidade CEUMA, 2015.

1. Alcoolismo. 2. Padrão de Consumo. 3. Polícia Militar. I. Silva, Flor de Maria Araújo Mendonça. (Orientadora) II. Título.

CDU: 614:178.1(812.1)

**FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL EM POLICIAIS
MILITARES NA CIDADE DE SÃO LUÍS - MA**

Ethelanny Pantaleão Leite

Dissertação aprovada em 27 de agosto de 2015 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profª Drª Flor de Maria A. Mendonça Silva
Orientadora
Universidade Ceuma

Profa. Dra. Maria Teresa Martins Viveiros
Examinador Externo
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Drª. Maria Nilza Medeiros
Examinador Interno
Universidade Ceuma

Profª Drª Cândida Lopes Alves
Suplente
Universidade Ceuma

Aos meus Pais por toda dedicação, apoio e
confiança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pela vida e por todas as vitórias que me proporcionou até aqui, nada teria acontecido sem a presença DELE em minha vida;

Aos meus pais por toda dedicação e incondicional apoio em todos os momentos da minha vida;

À minha irmã Karen Leite, sempre ao meu lado;

Ao meu namorado Marcus Almeida pelo apoio, compreensão e incentivo em todos os momentos;

À minha família e amigos, agradeço o estímulo, carinho e paciência recebidos.

Ao Comando da Polícia Militar por autorizar a pesquisa e por disponibilizar o Major Borba Lima para nos apoiar nesta jornada. Obrigada Coronel Marco Antônio Alves da Silva e Major Borba Lima.

À minha orientadora Dr^a Flor de Maria A. Mendonça Silva, pelo acolhimento, paciência e atenção, serei eternamente grata;

Aos professores do Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde pelos valiosos ensinamentos para o desenvolvimento deste estudo, em especial aos professores Marcos Pacheco e Cristina Loyola;

A todos os colegas de curso, foi um grande prazer, nossa convivência nestes dois anos.

“Sábio é o ser humano que tem coragem de ir diante do espelho da sua alma para reconhecer seus erros e fracassos e utilizá-los para plantar as mais belas sementes no terreno de sua inteligência.”

(Augusto Cury)

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos policiais militares da cidade de São Luís. MA. Brasil, 2014	37
Tabela 2 - Características da vida laboral dos policiais militares da cidade de São Luís. MA. Brasil, 2014	39
Tabela 3 - Prevalência do consumo de álcool segundo variáveis sociodemográficas dos policiais militares da cidade de São Luis. MA. Brasil, 2014	42
Tabela 4 - Prevalência do consumo de álcool segundo a vida laboral dos policiais militares da cidade de São Luis. MA. Brasil, 2014	43
Tabela 5 - Análise ajustada dos fatores associados ao padrão de consumo de álcool na amostra estudada. São Luís. MA, 2014	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

a. C	Antes de Cristo
APA	Associação Psiquiátrica Americana
APM	Academia de Polícia Militar
AUDIT	Alcohol use Disorders Identification
BID	Banco Interamericano do Desenvolvimento
BP	Beber Pesado
BPA	Batalhão de Polícia Ambiental
BPChoque	Batalhão de Polícia Choque
BPE	Beber Pesado Episódico
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFAP	Centro de Formação de Praças
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPTUR	Companhia de Polícia de Turismo
DALYS	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais
EPMONT	Esquadrão de Polícia Montada
EUA	Estados Unidos da América
NIAAA	Instituto Nacional Sobre o Abuso de Álcool e Alcoolismo dos Estados Unidos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PM	Polícia Militar
PMAL	Polícia Militar de Alagoas
SDA	Síndrome de Dependência do Álcool
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
USC	Unidade de Segurança Comunitária
USP	Universidade de São Paulo

LEITE, Ethelanny Pantaleão, **Fatores associados ao consumo de álcool em policiais militares na cidade de São Luís - MA**, 2015, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 75 p.

RESUMO

Em diferentes culturas o álcool influencia praticamente todas as atividades do ser humano, como a saúde, a segurança, a economia, as relações sociais, o trânsito, a família, as atividades socioculturais, o trabalho. O estudo teve o objetivo de descrever os fatores associados ao consumo de álcool em policiais militares da cidade de São Luís- Maranhão. Tratou-se de um estudo descritivo e transversal, em que foram avaliados 265 policiais militares distribuídos nos 1º, 6º, 8º e 9º Batalhão, Unidade de Segurança Comunitária, Companhia de polícia montada, Companhia de polícia de turismo e no Batalhão de polícia ambiental. Como instrumento da pesquisa utilizou-se o questionário auto-aplicado Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), bem como o questionário para descrição do perfil sociodemográfico e da vida laboral militar. A análise estatística foi executada no software STATA 11.0 (*Stata Corp College Station, Texas, EUA*). Quanto aos dados sócio demográficos os resultados mostraram que 86,42% eram praças e 13,58% oficiais, sendo 94,35% do sexo masculino e a faixa etária mais frequente foi a de 40 a 49 anos (41,89%). Houve maior frequência de solteiros (56,23%), católicos (55,47%), raça parda (56,60%), que praticam atividade física frequentemente (67,42%) e não fumantes (93,58%). O nível de escolaridade prevalente foi o ensino médio (54,72%) seguido do ensino superior (42,26%). No modelo ajustado, a variável Religião Católica apresenta maior prevalência para consumo de álcool em policiais militares em relação à outras religiões. Assim, este estudo evidencia a necessidade do despertar para a existência de uma parcela relevante de policiais que se expõem a um consumo nocivo e que apresentam probabilidade aumentada para a dependência, bem como para aqueles que já se encontram em provável alcoolismo. O que nos leva à reflexão sobre a urgência na implementação de estratégias de conscientização, destes militares, quanto aos malefícios advindos de tal comportamento de risco.

Palavras-chave: Alcoolismo. Consumo. Segurança Pública.

LEITE, Ethelanny Pantaleão, **Fatores associados ao consumo de álcool em policiais militares na cidade de São Luís - MA**, 2015, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 75 p.

ABSTRACT

Alcohol consumption is a constant in humanity's history, in different cultures it influences basically every activity of the human being, such as health, security, economy, social relationships, traffic, family, sociocultural activities, work, etc. It is an analytical, cross-sectional study that aims to describe the factors associated with alcohol consumption by military police in São Luís – MA. 265 military policemen distributed in 1º, 6º, 8º and 9º battalion, Community Security Unit, Mounted Police Company, Tourism Police Company and Environmental Police Battalion were evaluated. The data collection for evaluation of the consumption pattern was made through a self-administered questionnaire AUDIT, as well as the use of a questionnaire to describe the profile sociodemographic and the military working life. The statistical analysis was executed through STATA 11.0 (Stata Corp College Station, Texas, EUA) software and the quantitative variables will be presented through absolute and percentage frequencies. As results, we found that 86.42% were “square” and 13.58% were “officials”, of which 94.35% were male and the most frequent age group was between 40 and 49 years old (41.89%). There was a higher frequency among single men (56.23%), with no children (32.08%), Catholics (55.47%), brown race (56.60%), who practice physical activity frequently (67.42%) and non-smokers (93.58%). The prevailing level of education was high school (54.72%), followed by higher education (42.26%). In the adjusted model, the variable Catholic Religion presents higher prevalence for alcohol consumption compared to Buddhist Religion. Therefore, this study evidences the necessity of the awakening to the existence of a relevant parcel of police officers that expose themselves to a harmful use and that present a higher probability for addiction, as well as those who are already in a probable alcoholism, which lead us to the reflection about the urgent implementation of awareness strategies to warn these militaries as to damage arising from this risk behavior.

Keywords: Alcoholism. Consumption . Military Police.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Alcoolismo	15
2.2	Padrão de consumo de álcool	18
2.3	Epidemiologia do uso e abuso de álcool	20
2.4	Alcoolismo e policiais militares	21
3	OBJETIVOS	24
3.1	Geral	24
3.2	Específicos	24
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo de estudo, local e período	25
4.2	População do estudo	25
4.2.1	Critérios de inclusão	26
4.2.2	Critérios de exclusão	26
4.3	Métodos de coleta dos dados	26
4.4	Análise estatística	28
4.5	Considerações éticas	29
5	RESULTADOS	30
5.1	Artigo	30
6	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59
	APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO DO COMANDO GERAL PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	60
	APÊNDICE C – OFÍCIO DA COORDENAÇÃO DO MESTRADO SOLICITANDO A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	62
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E VIDA LABORAL	63
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION (AUDIT)	64

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	66
ANEXO D – NORMAS PARA SUBMISSÃO NA REVISTA ELETRÔNICA SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E DROGAS	68

1 INTRODUÇÃO

O consumo de álcool é uma constante na história da humanidade, em diferentes culturas. Têm-se registro de sua existência como produto da fermentação de cereais, nos mais antigos documentos da civilização egípcia bem como entre os gregos e romanos que o consumiam pelo seu valor alimentício e social, representados pelas festas e cerimônias religiosas (DALBEN et al., 2003).

O álcool pode ser avaliado como uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade, desde que ocorra dentro dos padrões tacitamente constituídos, como se observa nos almoços de sextas-feiras, nos encontros entre familiares e amigos, nos coquetéis, nas comemorações, nas solenidades e nos almoços tradicionais. Apesar de ser uma droga legal, vem trazendo diversas consequências para os indivíduos e para a comunidade (HALPERN et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde estima que há cerca de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas a cada ano, o que corresponde a aproximadamente 40% (ou 2 em cada 5) da população mundial acima de 15 anos, e que 76,3 milhões têm alguma desordem relacionada ao consumo. Uma das consequências do uso abusivo do álcool é a síndrome de dependência alcoólica que é caracterizada por padrões de uso patológico e prejuízos nas funções sociais e ocupacionais relacionados ao consumo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em 2007 foi realizado o I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, neste identificou-se que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem (pelo menos uma vez ao ano). No grupo dos adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres fizeram uso abusivo pelo menos uma vez ao ano, ao consumirem 5 doses ou mais em uma ocasião. Este mesmo estudo encontrou que 3% da população fazem uso nocivo e que 9% são prováveis dependentes de bebidas alcoólicas (LARANJEIRA et al., 2007). A síndrome de dependência alcoólica é considerada a quarta causa de incapacitação e morte prematura no mundo, está relacionada a aproximadamente 25% das mortes por suicídio e mais de 50% dos acidentes fatais de trânsito. Considerando que muitas pessoas morrem precocemente, mais anos de vida são perdidos devido ao abuso de álcool do que em decorrências de doenças cardíacas ou câncer (PORTUGAL et al., 2010).

Estima-se que os danos ocasionados pelo consumo de álcool, incluindo doenças físicas como cirrose e traumas por acidentes automobilísticos correspondam a

aproximadamente 1,5% das mortes e 3,5% de Disability-Adjusted Life Years (DALYS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Ou seja, 2 a 2,5 milhões de pessoas podem vir a óbito devido ao uso de álcool (p. ex., intoxicações agudas, cirrose hepática induzida pelo álcool, violência e colisões de automóveis). O custo anual mundial estimado do consumo nocivo em cada ano se encontra entre 0,6% até 2% do Produto Interno Bruto (PIB) global (aproximadamente, US\$ 210.000.000 até US\$ 665.000.000) (Statistical Information Systems Online Databases, disponibilizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Nesse contexto, no Brasil, em média 70 milhões de pessoas fazem uso do álcool, entendendo a drogadição como questão de saúde pública, o Ministério da Saúde promulgou uma política nacional para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas tendo em vista a estruturação e o fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, no qual realça o alcoolismo como um problema de Saúde Pública de grave importância. O uso nocivo de álcool foi selecionado pelo Ministério da Saúde para compor a lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa Saúde da Família (MINTO et al., 2007).

Vários são os fatores desencadeantes do alcoolismo, dentre eles destacaremos aqueles relacionados ao ambiente de trabalho, possibilitando o delineamento do objeto de estudo, alcoolismo em policiais militares (BRANCO et al., 2009).

Segundo Halpern et al. (2008), nas forças armadas americanas, estudos demonstram que o uso pesado de álcool entre os militares é um problema, geralmente associado ao estresse, à solidão, ao tédio e a ausência de outras atividades recreativas.

Relacionando a experiência do Brasil, Sampaio (2004) aponta os profissionais de segurança pública - onde se enquadram os policiais militares - como o grupo mais afetado pelo estresse ocupacional, o que os incluem no grupo de risco ao uso abusivo de álcool. Calheiros et al. (2013) corrobora esta afirmação, quando em seu estudo destaca que, na Polícia Militar de Alagoas (PMAL) o uso abusivo do álcool é analisado empiricamente através do absentismo e interferência direta na realização da prática laborativa. Ressalta também, que em pesquisa realizada em unidades da Policial Militar de Alagoas, foi observado que 75% dos oficiais da PMAL fazem uso de bebida alcoólica, ficando esta porcentagem em torno de 57% nos praças.

Diante do exposto, neste estudo pretende-se descrever os fatores associados ao consumo de álcool em policiais militares da cidade de São Luís- Maranhão, realçando o

alcoolismo como sintoma e sinalização de sofrimento, visto que tem se tornado uma realidade inquietante no domínio da instituição policial, principalmente pelos riscos aos quais se encontram expostos policiais, seus pares, subordinados e a própria população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Alcoolismo

O consumo de bebida alcoólica é uma prática milenar e vem acompanhando a humanidade em toda a sua trajetória histórica. Há evidências, que nas antigas tribos o álcool era utilizado em rituais religiosos ou místicos para possibilitar ao indivíduo poderes de ver, sentir ou pressentir o que os outros na sobriedade não alcançavam, há também registro do consumo de álcool (obtidos da fermentação de diversos vegetais) entre os povos do Oriente Médio e da cultura Mesopotâmia desde o final do segundo milênio a.C. (CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2010).

Segundo Souza (2004), existem relatos de bebidas fermentadas nas civilizações egípcias mais antigas, bem como evidência de uma bebida alcoólica primitiva na China por volta do ano 7000 a.C. Há também indícios na Índia entre os anos 3000 e 2000 a.C. de uma bebida alcoólica chamada Sura, que é uma destilação do arroz. Outro fato são os cultos prestados na Babilônia a uma deusa do vinho no ano 2700 a.C. Por volta do século 385 a.C., Hipócrates relatou o uso do álcool como fator predisponente a diversas doenças e mencionou a respeito do *delirium tremens* em seu livro sobre as epidemias.

A bebida fermentada, na idade antiga, era um item pelo qual as elites dominavam a produção de bens e demonstravam *status*, sendo seu consumo social. Somente no final do século XVIII, com a Revolução Industrial inglesa iniciou-se a produção do álcool não mais de forma artesanal, mas industrial e em grandes quantidades, facilitando o acesso ao produto por um maior número de pessoas e a um custo muito mais baixo. Além disso, com advento do processo de destilação surgiram novos tipos de bebidas com maior teor alcoólico. A partir daí, os problemas relacionados com o álcool tornaram-se socialmente relevantes (FLIGIE et al., 2004).

Neste momento surge o conceito de alcoolismo, com destaque aos autores, Benjamin Rush e Thomas Trotter. O primeiro, um psiquiatra americano, que afirmava que o "Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade", o segundo citou, pela primeira vez, o alcoolismo como "doença". Em 1849, o sueco Magnus Huss, conceitua "alcoolismo crônico" como o "estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos" (GIGLIOTTI e BESSA, 2004). Em 1931, o alcoolismo passa para o grupo das Doenças Mentais, deixando de ser classificada como uma doença geral ou constitucional, condição fomentada pelo *Royal*

College of Physicians, de Londres; classificação aceita pela OMS, a partir de 1950 (SOUZA e GARNELO, 2006).

Mais tarde, Morton Jellinek reestruturou a definição de alcoolismo e o comportamento do alcoólico passou a ser classificado como doença, o que ocasionou uma percepção de reverberação negativa e social. Jellinek definiu o alcoolista como todo sujeito cujo consumo de bebidas alcoólicas gerasse prejuízo a si próprio, a sociedade ou a ambos, e classificou o alcoolismo como doença, tendo como fundamento as quantidades de álcool consumidas (ANDRADE et al., 2009).

O alcoolismo foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I) da Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1952. A segunda edição deste manual (DSM-II) publicada em 1968 seguiu a Classificação Internacional das Doenças (CID-8) da OMS, que dividia os problemas relacionados ao uso de álcool em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual (MARQUES, 2001).

Em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross apresentam a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), a qual é retratada como um transtorno que se estabelece no decorrer da vida e depende da interação de fatores biológicos e culturais, como religião e simbolismo do álcool na comunidade, tal conceito, amplia a visão anterior, que julgava o alcoolismo como um fenômeno do tipo “tudo ou nada”, isto é, o indivíduo era reconhecido como alcoólatra ou não alcoólatra. A partir de então a SDA seria baseada em sete sinais e sintomas cardinais: empobrecimento do repertório de ingestão; relevância da bebida; aumento da tolerância ao álcool; sintomas repetidos de abstinência (tremores, náuseas, sudorese e perturbações do humor básico); alívio ou esquiva dos sintomas de abstinência através de mais bebida; percepção subjetiva da compulsão a beber e reinstalação rápida da tolerância após quebra da abstinência (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Neste momento, alguns conceitos relacionados ao alcoolismo são formulados tais como tolerância, abstinência e perda do controle. Sendo a tolerância caracterizada como a necessidade de doses cada vez mais altas de álcool para obter o mesmo efeito, e síndrome de abstinência, um episódio de desconforto físico e/ou psíquico diante da diminuição ou suspensão do consumo etílico (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (2007) define o alcoolismo como o ato de beber excessivamente, em que a dependência em relação ao álcool é acompanhada de desarranjos mentais, físicos e do comportamento social e econômico.

O conceito de síndrome de dependência se estabeleceu, tornando-se consenso nos instrumentos diagnósticos, como o DSM-IV e a CID-10. Ambos reduziram os sintomas necessários para o diagnóstico de dependência e aumentou o período com esta sintomatologia, necessário para determinar a instalação da síndrome (SANTOS e OLIVEIRA, 2013).

Na CID-10 o diagnóstico de Síndrome de Dependência Alcoólica é confirmado se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido evidenciados ou referidos em algum momento durante os últimos 12 meses, sendo eles: um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo; um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por uma síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos; persistência no uso da substância a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, consequentes a períodos de consumo excessivo de álcool ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga (CAETANO, 1993).

Vale ressaltar que as classificações dos DSM-III-R, DSM-IV e o CID-10 têm critérios similares para dependência alcoólica (GIGLIOTTE e BESSA, 2004).

Em 2013, a APA divulgou a nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, o DSM-V, as mudanças foram: abuso e dependência unem-se em um único diagnóstico, denominado “transtornos relacionados ao uso de substâncias”; a classificação da gravidade do transtorno será baseada na quantidade de critérios preenchidos pelo indivíduo, sendo: 2 a 3 critérios, transtorno leve; 4 a 5, moderado; e 6 ou mais, grave; foi retirado o critério de “problemas legais recorrentes relacionados ao uso da substância”, e incluído o critério de fissura (“craving”), definido como o forte desejo ou urgência em consumir a substância (ARAÚJO e LOTUFO NETO, 2014).

2.2 Padrão de consumo de álcool

Os maiores destaques disponíveis sobre os padrões de consumo de álcool advêm de países desenvolvidos e pouco se conhece sobre estes padrões em países em desenvolvimento, onde encontramos a maioria da população mundial. No Brasil, em 2004, foi verificado que o consumo anual de álcool *per capita*, foi estimado em 8,32 litros de álcool/ano puro por adulto, quantidade muito acima da média mundial de 5,8 litros (ANDRADE et al., 2009).

De acordo com Moraes et al. (2006), no Brasil, entre os anos de 1970 e 1996, houve um aumento de 74,53% no consumo de bebidas alcoólicas. Estima-se que 11,2% da população do Brasil sejam dependentes do álcool, quando dividido por gênero, nota-se que 17,1% da população masculina e 5,7% da população feminina são dependentes do álcool. A dependência do álcool incide em 10% a 12% da população mundial e, de acordo com o primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas, 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do País. Assim, concluímos que os problemas relacionados ao consumo de álcool são iminentes e responsáveis por mais de 10% dos problemas totais de saúde no Brasil.

Conforme Meloni e Laranjeira (2004), no Brasil, o álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de drogas; 20% das internações em clínica geral e 50% das internações masculinas psiquiátricas. Além disso, estudo realizado em Recife, Brasília, Curitiba e Salvador detectou índice de 61% de casos de alcoolemia em pessoas envolvidas em acidentes de trânsito.

Nos últimos anos, evidências científicas têm revelado a necessidade de conhecer o padrão de uso de álcool, que, dependendo da forma, elevaria o risco de desenvolvimento de problemas de saúde, familiares, ocupacionais, entre outros. Junto ao volume total de álcool consumido, a relevância do conhecimento do padrão de consumo como indicativo de problemas, tem sido bastante relatada. Por outro lado, algumas pesquisas têm apontado que o padrão de uso, especialmente de leve a moderado, pode assumir um papel protetor a saúde, especialmente quanto ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SILVEIRA et al, 2008).

O conceito de padrões de consumo trata aspectos médicos e psicossociais do uso de álcool. Os principais padrões de consumo de álcool mencionados na literatura científica são o uso moderado, o beber pesado (BP) e o beber pesado episódico (BPE) (MARQUES, 2001; GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

O uso moderado de bebidas alcoólicas é definido, empiricamente, de acordo com a percepção de cada indivíduo. Comumente, essa definição é confundida com beber socialmente, que significa uso de álcool dentro de padrões aceitos pela sociedade. No entanto, frequentemente a moderação é vista de maneira errônea, como uma forma de uso de álcool que não traz consequências adversas ao consumidor (ANDRADE et al., 2009).

Para a World Health Association (2014), “uso moderado” é um termo que define um padrão de consumo no qual são empregadas quantidades de álcool que, por si só, não causam problemas à saúde, também definido como não problemático e ditado segundo as crenças, as motivações e as formas socialmente aceitas.

O Instituto Nacional Sobre o Abuso de Álcool e Alcoolismo dos Estados Unidos (NIAAA) utiliza a expressão *uso moderado* para se reportar ao consumo que não acarreta prejuízos individuais ao bebedor e à sociedade. Quando relacionado às unidades de bebida, o uso moderado é definido como o uso de até 14 unidades/semana para homens, até 7 para mulheres e não mais que 3 para indivíduos de faixa etária superior a 65 anos (considerando a unidade-padrão de 14 g de etanol puro), e recomenda-se um ou dois dias semanais sem consumo de álcool (SILVEIRA et al., 2008).

O BPE, também denominado *binge drinking*, definido como a ingestão de um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo, é definido na literatura internacional como *binge drinking* ou “beber em binge”. Laranjeira et al. (2007) redefiniram o *binge drinking* como o consumo de cinco ou mais doses pelo menos uma vez nas últimas duas semanas para homens, e quatro ou mais doses no período para mulheres. Uma dose alcoólica é equivalente a uma lata de 350mL de cerveja, um pequeno copo (120-150mL) de vinho ou uma dose (30mL-50mL) de destilado (cachaça, *whisky* e outros).

O critério de BPE do NIAAA é semelhante, descrito como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens, ou quatro ou mais por mulheres, sem considerar, porém, a frequência desse padrão de consumo. A definição de BPE foi criada a partir de evidências científicas crescentes de que essas quantidades aumentam o risco de o indivíduo apresentar problemas relacionados ao uso do álcool (SILVEIRA et al, 2008).

De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), o padrão de consumo denominado Beber Pesado, é qualquer consumo de bebidas alcoólicas acima do uso moderado, ou seja, é o padrão de uso de bebidas que excede o uso moderado ou os padrões de uso de álcool socialmente aceitos. Beber pesado é, portanto, um conceito mais amplo, que engloba o padrão BPE (BRASIL, 2011).

2.3 Epidemiologia do uso e abuso de álcool

Do uso social ao problemático, aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem álcool no mundo, o que corresponde a 40% (2 em cada 5) da população mundial e que 76,3 milhões têm algum tipo de doença secundária ao uso e abuso do álcool (SILVEIRA et al., 2008).

Ao analisarmos as consequências nocivas estima-se que, a cada ano, morrem 2 a 2,5 milhões de pessoas devido ao uso de álcool por intoxicações agudas, cirrose hepática induzida pelo álcool, violência e colisões de automóveis. A proporção entre os consumidores e as mortes atribuídas ao álcool indica que, a cada ano, as consequências danosas são responsáveis por, aproximadamente, 1,2 morte atribuível ao álcool para cada 1.000 consumidores – aproximadamente 6% de todas as mortes entre homens e 1% entre as mulheres. Mundialmente o custo relacionado ao consumo nocivo por ano corresponde a 0,6% até 2% do produto interno bruto (PIB) global (aproximadamente, US\$ 210.000.000 até US\$ 665.000.000) (MORAES et al., 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2007) em seu Relatório de Estatísticas Sanitárias, em 2005, a média mundial de consumo de álcool puro foi de 4,4 litros per capita, contabilizando apenas a população a partir de 15 anos idade. No continente americano o consumo foi estimado em 6,7 litros per capita e nos países da América Latina e Caribe as estimativas de mortes e incapacidades se elevaram para 10% em função do consumo problemático. Um estudo comparativo de consumo de álcool entre os Estados Unidos e a Austrália em 1995, 1998, 2001, 2002 e 2004, a prevalência no último ano teve um aumento significativo de 82,4% em 2001, para 83,3% em 2004. Enquanto nos Estados Unidos teve redução de 68,1% em 2002, para 67,1% em 2004 (ANDRADE et al., 2009).

No Brasil, em 2006, o consumo *per capita* de álcool foi de 8,32 litros de álcool puro por adulto. Esse consumo abusivo é responsável por distúrbios mentais, sociais e de saúde, além dos anos perdidos de vida devido às mortes ou prejuízos advindos desta prática (SILVA et al., 2006). Em pesquisas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que mostram 73,2% dos jovens entre 18 e 24 anos já fizeram uso de álcool alguma vez na vida e 15,5% apresentaram sintomas de dependência.

Pesquisas realizadas em alguns estados brasileiros sugeriram um quadro preocupante. Em uma pesquisa feita nas 24 maiores cidades no estado de São Paulo, a prevalência da dependência alcoólica aumentou de 6,6% para 9,4% em um período de dois anos. Em Porto Alegre (região Sul do Brasil), descobriram que 9,3% do grupo pesquisado

eram dependentes de álcool, 15,5% bebia pesado, 12,3% bebia diariamente e apenas 12,3% era abstinente. Em duas pesquisas realizadas com estudantes da Universidade de São Paulo (USP) em 1996 e em 2001, observou-se um aumento considerável no consumo de álcool em longo e médio prazo (CARLINI et al., 2002).

O II Levantamento domiciliar sobre o uso de álcool e drogas no Brasil, organizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o qual encontrou que o uso de álcool na vida nas 108 maiores cidades do País foi de 74,6%. O menor uso de álcool ocorreu na região Norte (53,9%) e o maior no Sudeste (80,4%). Apesar destes percentuais se vincularem à baixa frequência de consumo (uma vez na vida), deve-se ressaltar que, no Brasil, a estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3%, sendo os dados para o Nordeste próximos de 14% (CARLINI et al., 2007).

Laranjeira et al. (2007) em sua pesquisa sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira identificou que a prevalência de uso nocivo é de 3%, 9% de dependentes e 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos uma vez ao ano, dentre os adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais, mais de uma vez no último ano, caracterizando o “*binge drinking*”. As consequências desse tipo de consumo estão associadas principalmente por estatísticas relativas à violência, acidentes automotores, afogamentos, tentativas de suicídio e doenças infectocontagiosas. Em pesquisa realizada por Andrade et al. (2010) apresentaram realidade surpreendente, em que 49% dos universitários pesquisados haviam experimentado alguma droga ilícita pelo menos uma vez na vida e 80% dos entrevistados, menores de 18 anos, declararam ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica.

2.4 Alcoolismo e policiais militares

O álcool é considerado a substância de abuso mais comum na saúde pública, na qual está inserida a saúde do trabalhador, estatísticas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), revelam que entre 10% e 12% da população economicamente produtiva, acima de 14 anos, tem problemas de uso abusivo ou dependência do álcool, reiterando gravidade do problema (SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA, 1995).

Na área previdenciária estima-se que grandes somas de dinheiros são gastas para reparar os danos diretos e indiretos ocasionados pelo uso abusivo de álcool como, pagamentos de auxílio-doença, pensão por morte, aposentadorias precoces e absenteísmo. O país usa 77,3% do produto interno bruto anual para sanar problemas relacionados ao consumo de

álcool, que vai desde o tratamento de dependentes até a perda de produtividade das empresas e segundo cálculos do Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID), o Brasil perde por ano US\$ 19 bilhões por absenteísmo, acidentes e enfermidades causadas pelo uso do álcool e outras drogas (PALHANO, 2009).

Estimativas da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas evidenciaram que o alcoolismo era o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho, sendo a causa mais recorrente de aposentadorias precoces e acidentes de trabalho e, a oitava causa para a concessão de auxílio doença pelo Ministério da Previdência Social (VAISSMAN, 2004). Os problemas decorrentes do uso de álcool representam 54% dos acidentes de trabalho com afastamento e 40% dos acidentes fatais (AMARAL e MALBERGIERA, 2004).

O alcoolismo e suas consequências danosas não é um problema distante do policial militar, pois além de cidadão e participante ativo da sociedade e exposto aos mesmos riscos, sofre ainda as influências da atividade laboral altamente estressante (OMENA e ALVES, 2007). De acordo com Benedicto et al. (2006) a dependência alcoólica acomete cerca de 10% da população adulta no mundo, independente de sexo, idade, cor, religião, poder socioeconômico, grau de instrução e tipo de atividade laborativa. Desse modo, pode-se encontrar o mesmo percentual de alcoolismo entre os agentes de segurança pública.

Outros fatores que afligem os policiais militares podendo levar vários deles a se tornarem alcoolistas, trazendo um grave problema para si, para a família e para a corporação, são convivência com a tensão permanente decorrente do risco de morte, o envolvimento diário com situações traumáticas, exigências de cumprimento de prazos escassos, entre outras, (PEIXE et al., 2010).

Silva e Vieira (2008) afirmam que o profissional de segurança pública tem em seu papel a responsabilidade de promover o bem-estar da população, mantendo a calma, controle e coerência em suas ações. Estes fatos levam-no a confrontar-se o tempo todo com a polaridade: expectativas *versus* limitação, além de favorecer um intenso gasto de energia na busca pela manutenção de estereótipos e representações, reforçando a imagem de força e imunidade. Tais representações em muito contradizem suas experiências corriqueiras de impotência, não saber e fragilidade, fatores de risco para o alcoolismo.

Minayo et al. (2008), em seu estudo, analisaram as condições de vida, trabalho e saúde de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro-RJ, nesses 35,7% informaram vivenciar sofrimento psíquico, 19,1% eram fumantes e 45% apresentaram um consumo de bebidas alcoólicas diário ou semanal. Outro estudo realizado com policiais militares (PMs) do Estado do Amazonas, evidenciaram que cerca de 20% destes foram considerados como

possíveis portadores de doença alcoólica (FERREIRA et al., 2002). Outro estudo também com PMs do Batalhão da Rádio Patrulha de Pernambuco, foi encontrado uma prevalência de 25% para possíveis portadores de doença alcoólica (SOUZA, 2004).

Stacciarini e Almeida (1996) em estudo sobre os problemas relacionados ao consumo de álcool em PMs de Goiânia observaram que houve o não cumprimento de deveres e insubordinação, totalizando 38,6% das respostas, seguido por falta ao serviço (18,1%), envolvimento em acidentes de trânsito, discordância entre os integrantes da corporação e até acidentes com armas de fogo. Os praças foram os indicados como a maioria que fazia uso de álcool.

No livro “Missão Prevenir e Proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro” de Minayo et al. (2008), 48% dos oficiais, suboficiais e sargentos consumiam bebidas alcoólicas semanalmente, sendo que em cabos e soldados chegava a 44,3% (1 vez por semana ou diariamente). Entre os policiais civis, 18,4% sofriam com o problema. Estudo descritivo sobre estresse de PMs de Natal - RN, em 264 militares, com 95,5% do sexo masculino, 35,6% afirmaram não consumir bebidas alcoólicas e 61,3% afirmaram que consumiam bebidas alcoólicas apenas nos finais de semana ou em festas (COSTA et al., 2007).

Na profissão do policial militar as consequências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas podem ser potencializadas considerando as condições de trabalho e de vida desses profissionais. Para definição e aperfeiçoamento de estratégias de prevenção deve-se considerar o apelo publicitário em torno do hábito.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever os fatores associados e o padrão de consumo de álcool em policiais militares na cidade de São Luís, Maranhão.

3.2 Específicos

- a) Caracterizar as variáveis sociodemográficas da amostra estudada;
- b) Estimar a prevalência do padrão e consumo de álcool dos entrevistados;
- c) Investigar os fatores associados ao uso de álcool em policiais militares.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo, local e período

Estudo transversal, analítico, realizado no período de março a agosto de 2014, na sede do Comando Geral da Polícia Militar (após autorização para realização da pesquisa, segundo o Apêndice A), localizada à Avenida Jerônimo de Albuquerque, nº 3727, Calhau. Neste universo também estão inseridos o Batalhão de Choque (BPChoque) e o Esquadrão de Polícia Montada (EPMONT). Os demais batalhões que compõem a população deste estudo estão situados nos bairros Outeiro da Cruz (1º Batalhão), Vila Palmeira (9º Batalhão), Cidade Operária (6º Batalhão), Calhau (8º Batalhão), Vila Luizão (Unidade de Segurança Comunitária – USC); Centro Histórico (Companhia de Polícia do Turismo – CPTUR), Coroadinho (Batalhão de Polícia Ambiental - BPA) e no Maracanã (Centro de Formação de Praças - CFAP; Academia de Polícia Militar - APM).

4.2 População do estudo

A população do estudo é composta por 3465 policiais que são distribuídos entre Praças (n = 3221) e Oficiais (n = 244). Esta divisão entre praças e oficiais garante a hierarquização das atividades. Os praças ocupam as seguintes patentes: Soldado, Cabo, 1º Sargento, 2º Sargento, 3º Sargento, Sub-Tenente; já os oficiais: 1º Tenente, 2º Tenente, Capitão, Major, Tenente - Coronel e Coronel. A amostra foi constituída de sujeitos de ambos os níveis hierárquicos. A maior homogeneidade sociodemográfica da população avaliada representa uma vantagem para o estudo, por diminuir a probabilidade de confundimento por fatores socioeconômicos.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado considerando a prevalência de 26% de alcoolismo em policiais militares no Brasil e uma população alvo conhecida de 3465 policiais militares no município de São Luís. A partir dessa estimativa preliminar o cálculo mais preciso do tamanho amostral foi realizado utilizando-se o programa estatístico STATA 11.0 (*Stata Corp., College Station, Texas, EUA*). Nesse estudo foi considerado o nível de significância (α) de 5%, o poder de teste de 80%, erro tolerável de 4%, mais 10% de possíveis perdas.

Foram selecionados 265 policiais militares da cidade de São Luis - Maranhão, em amostragem não probabilística por quotas, considerando a proporcionalidade dos números de

policiais por estrato, sendo no BPA n = 14, o BPChoque n = 42, o EPMONT n = 28; a CPTUR n = 21; 1º Batalhão n = 33 , 9º Batalhão n = 42, 6º Batalhão n = 41, 8º Batalhão n = 33, USC n = 11. Os batalhões e companhias da capital contatados estão subordinados ao comando de policiamento metropolitano e este, ao comando geral. Desta forma os dados deste estudo são representativos de toda a população policiais militares do município de São Luís

Como desfechos primários, as variáveis coletadas foram distribuídas em dados de identificação, patente, atividade exercida, tipo de bebida alcoólica ingerida e os que referem aos dados demográficos. Como desfechos secundários, foram avaliados uso de tabaco, tempo de serviço e turno.

4.2.1 Critérios de inclusão

- a) Policiais militares alocados na Ilha de São Luis – Maranhão
- b) Policiais Militares em atividades ostensivas e administrativas

4.2.2 Critérios de exclusão

- a) Policiais Militares com diagnóstico confirmado de Dependência alcoólica

4.3 Coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro estruturado para obtenção de dados sóciodemográficos e da vida laboral dos policiais militares, como a idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, prática de esportes, consumo de tabaco, uso e tipo de bebida , uso de álcool no último mês (ANEXO A), e o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (ANEXO B).

O AUDIT ou Teste de Identificação de Distúrbios pelo Uso de Álcool é um instrumento desenvolvido pela OMS por Babor et al. (1992), traduzido e validado no Brasil, que tem como finalidade identificar o padrão de consumo de álcool. O processo de validação no Brasil teve várias iniciativas, as quais foram destacadas uma na Bahia por Lima et al. (2005) e outra no Rio Grande do Sul, por Mendez (1999). Além dessas validações, o instrumento foi traduzido com algumas adaptações no Sudeste, no entanto sem processo de validação (MORETTI-PIRES e WEBSTER, 2011).

O AUDIT é um questionário composto por 10 itens que avalia o consumo recente de álcool, sintomas de dependência e os problemas relacionados ao uso. As três primeiras questões mensuram a quantidade e a frequência do consumo do álcool. As três questões seguintes possibilitam a análise da ocorrência de sintomas de dependência do álcool. As últimas quatro questões referem-se a problemas que possam estar relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas e a possível dependência em relação à substância (PIO et al., 2012).

Cada questão tem um escore que vai de 0 a 4 pontos, possibilitando um espectro de pontuação de 0 a 40. A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos elementos do AUDIT possibilita a classificação do uso da substância da seguinte maneira: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos. A partir da identificação da zona de risco, torna-se possível ao profissional oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individual (KOKOTAILO et al., 2004; CAMATO et al., 2008).

O questionário AUDIT expõe as chamadas “zonas de risco”, de acordo com o resultado da pontuação. A zona I ou padrão de beber de baixo risco faz referência àqueles que precisam apenas de orientações acerca do consumo do álcool para compreendam os riscos do consumo exacerbado. A zona II ou uso de risco, refere-se àqueles que, não demonstram problemas na atualidade, porém existe o risco de desenvolverem, em um futuro próximo, afecções de saúde devido aos episódios de intoxicação aguda, para estes serão necessárias a educação para o uso de álcool e a proposta de estabelecimento de metas para a abstinência ou a adequação do padrão de beber dentro dos limites considerados de baixo risco. A Zona de alto risco, uso nocivo ou zona III, refere-se àqueles que apresentam problemas e permanecem com o uso frequente de álcool, sendo necessária atenção e educação para o uso de álcool, aconselhamento para a mudança do padrão de beber, da análise dos fatores que contribuem para o beber excessivo e o treinamento de habilidades para lidar com estes fatores. A chamada zona IV ou zona de provável dependência do álcool e devem ser encaminhados à avaliação especializada para confirmação diagnóstica e possibilidade de tratamento específico (AMORIM et al., 2008).

A denominação “Zonas de Risco” é conveniente por permitir um elo com o conceito de prevenção do uso de álcool, minimizando o distanciamento da percepção baseada na dependência – que dicotomiza os pacientes em dependentes e não dependentes – instituindo padrões gradativos de uso; permitindo um enfoque na prevenção, uma vez que o paciente é sensibilizado para a redução do uso de álcool, sendo estimulado para ingresso em

Zona de menor risco (MORETTI-PIRES e WEBSTER, 2011). Porém, o enfoque desta pesquisa é apenas determinar o Padrão de consumo e os fatores associados, não abordaremos prevenção ou qualquer forma de assistência.

De acordo com a Babor et al. (2004) existem duas versões do AUDIT: uma para autoaplicação e outra para entrevista. Neste estudo utilizou-se o autoaplicado.

4.4 Análise estatística

A análise estatística foi executada no software STATA 11.0 (*Stata Corp College Station, Texas, EUA*). As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e percentuais.

A estatística descritiva incluiu cálculo de frequências absolutas e relativas percentuais. A associação entre as variáveis explanatórias e respostas foram analisadas através do Teste Qui- quadrado e Teste de Poisson.

Na estatística analítica foi realizada a análise univariada e intervalo de confiança de 95% para estabelecer a associação entre a variável explanatória (Dependência alcoólica), a variável resposta (Padrão de consumo de álcool em militares). Na análise univariada foram testados em relação à variável resposta, com as respectivas Razões de Prevalência (RP), intervalos de confiança de 95% (IC 95%), significância estatística ($p \leq 0,05$) e o número de expostos na amostra. Foi realizada a regressão logística para os eventos que apresentaram uma prevalência igual ou superior a 10,0%. Em seguida foi realizada a análise multivariada para calcular a RP com as variáveis que apresentaram $p < 0.2$, foram incluídas no modelo final.

Como variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, prática de esportes, consumo de tabaco, uso e tipo de bebida, uso de álcool no último mês) e vida laboral (Batalhão, Patente, atividade exercida, tempo de serviço, carga horária, turno e escala de trabalho).

As variáveis analisadas foram referentes à frequência do uso de álcool, quantidade de álcool consumida anualmente, prejuízos causados pelo uso de bebida alcoólica, sentimento de culpa ou remorso após o uso de álcool.

Os resultados do modelo final (co-variáveis individuais e contextuais) foram interpretados ao nível de significância estatística de $p \leq 0.05$ e que permanecerão no modelo final.

4.5 Considerações éticas

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Ceuma e aprovado sob o número 730.963 (12/08/2014) (ANEXO C). Depois de informados sobre os objetivos desta pesquisa, os voluntários convidados a participar do estudo foram devidamente esclarecidos sobre: a) os procedimentos e importância do projeto; b) o direito de se recusarem a participar; c) a privacidade dos dados utilizados na pesquisa; d) a possibilidade de contatar o pesquisador responsável em caso de dúvida; e e) a necessidade de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), conforme preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

**Fatores associados ao consumo de álcool em policiais
militares na cidade de São Luis - MA**

(submetido à Revista Eletrônica Saúde Mental e Drogas. Fator de impacto 0,0476.

Qualis B2)

Fatores associados ao consumo de álcool em policiais militares

Resumo

Tratou-se de um estudo analítico, transversal com o objetivo de descrever os fatores associados ao consumo de álcool em policiais militares na cidade de São Luís- Maranhão. Avaliaram-se 265 policiais militares distribuídos em batalhões e companhias da Polícia Metropolitana. A coleta de dados se deu através do AUDIT e de um questionário para descrição do perfil sociodemográfico e da vida laboral militar. A análise estatística foi executada no software STATA 11.0 (*Stata Corp College Station, Texas, EUA*) e as variáveis quantitativas serão apresentadas por meio de frequências absolutas e percentuais. Como resultados encontramos que 86,42% eram praças e 13,58% oficiais, sendo 94,35% do sexo masculino e a faixa etária mais frequente foi a de 40 a 49 anos (41,89%), solteiros (56,23%), não possuem filhos (32,08%), católicos (55,47%), raça parda (56,60%), que praticam atividade física frequentemente (67,42%), não fumantes (93,58%) e padrão de consumo na zona IV ou provável dependência (7,17). Assim, este estudo evidencia a necessidade do despertar para a existência de uma parcela relevante de policiais que se expõem a um consumo nocivo e que apresentam probabilidade aumentada para a dependência, bem como para aqueles que já se encontram em provável alcoolismo, o que nos leva à reflexão sobre a urgência na implementação de estratégias de conscientização, destes militares, quanto aos malefícios advindos de tal comportamento de risco.

Descritores: Alcoolismo; Padrão de Consumo; Polícia militar.

Factors associated with the consumption of alcohol in military police

Abstract

It was an analytical, cross-sectional study aimed to describe the pattern of alcohol consumption by military police in the city of São Luis, Maranhão. We evaluated 265 military police distributed in Battalion and Community the metropolitan police. Data collection to assess the AUDIT, and the use of a questionnaire to describe sociodemographic characteristics and the military working life. Statistical analysis was performed using the Stata 11.0 (Stata Corp College Station, Texas, USA) and qualitative variables are presented by absolute and percentage frequencies. The results found that 86.42% were squares and 13.58% official, and 94.35% were male and the most common age group was 40-49 years (41.89%). There was a higher frequency of single (56.23%), do not have children (32.08%), Catholics (55.47%), mulatto (56.60%) who perform physical activity often (67.42%) and nonsmokers (93.58%). The prevailing level of education was high school (54.72%) followed by higher education (42.26%). In the adjusted model, the variable Catholic religion was a risk factor for alcohol consumption by military police, while the Buddhist religion was a protective factor

Descriptores: Alcoholism; Consumption Pattern; Military Police.

Introdução

O álcool pode ser avaliado como uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade, desde que ocorra dentro dos padrões tacitamente constituídos, como se observa nos almoços de sextas-feiras, nos encontros entre familiares e amigos, nos coquetéis, nas comemorações, nas solenidades e nos almoços tradicionais. Apesar de ser uma droga legal, vem trazendo diversas consequências para os indivíduos e para a comunidade.⁽¹⁾

A Organização Mundial da Saúde⁽²⁾ estima que há cerca de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas a cada ano, o que corresponde a aproximadamente 40% (ou 2 em cada 5) da população mundial acima de 15 anos, e que 76,3 milhões têm alguma desordem relacionada ao consumo. Uma das consequências do uso abusivo do álcool é a síndrome de dependência alcoólica que é caracterizada por padrões de uso patológico e prejuízos nas funções sociais e ocupacionais relacionados ao consumo.

Em 2007 foi realizado o I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, neste identificou-se que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem (pelo menos uma vez ao ano). No grupo dos adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres fizeram uso abusivo pelo menos uma vez ao ano, ao consumirem 5 doses ou mais em uma ocasião. Este mesmo estudo encontrou que 3% da população fazem uso nocivo e que 9% são prováveis dependentes de bebidas alcoólicas.⁽³⁾ A síndrome de dependência alcoólica é considerada a quarta causa de incapacitação e morte prematura no mundo, está relacionada a aproximadamente 25% das mortes por suicídio e mais de 50% dos acidentes fatais de trânsito. Considerando que muitas pessoas morrem precocemente, mais

anos de vida são perdidos devido ao abuso de álcool do que em decorrências de doenças cardíacas ou câncer.⁽⁴⁾

Nas forças armadas americanas, estudos demonstram que o uso pesado de álcool entre os militares é um problema, geralmente associado ao estresse, à solidão, ao tédio e à ausência de outras atividades recreativas.⁽¹⁾ Relacionando a experiência do Brasil⁽⁵⁾, aponta os profissionais de segurança pública - onde se enquadram os policiais militares - como o grupo mais afetado pelo estresse ocupacional, o que os incluem no grupo de risco ao uso abusivo de álcool. Estudo realizado com a Polícia Militar de Alagoas (PMAL) corrobora esta afirmação, quando em seu o uso abusivo do álcool é analisado empiricamente através do absenteísmo e interferência direta na realização da prática laborativa. Ressalta também que em pesquisa realizada em unidades da Policial Militar de Alagoas, foi observado que 75% dos oficiais da PMAL fazem uso de bebida alcoólica, ficando esta porcentagem em torno de 57% nos praças.⁽⁶⁾

Diante do exposto, neste estudo pretende-se identificar o padrão de consumo de álcool entre militares e fatores associados.

Metodologia

O estudo utilizou uma abordagem analítica do tipo transversal, para a avaliação do padrão de consumo de álcool em policiais militares na cidade de São Luís, Maranhão. O estudo foi realizado na cidade de São Luís, no período de março a agosto de 2014. A população do estudo é composta por 3465 policiais que são distribuídos entre Praças (n = 3221) e Oficiais (n = 244). Esta divisão entre praças e oficiais garante a hierarquização das atividades. Os praças ocupam as seguintes patentes: Soldado, Cabo, 1º Sargento, 2º Sargento,

3º Sargento, Sub- Tenente; já os oficiais: 1º Tenente, 2º Tenente, Capitão, Major, Tenente - Coronel e Coronel. A amostra foi constituída de sujeitos de ambos os níveis hierárquicos.

Foram selecionados 265 policiais militares da cidade de São Luís - Maranhão, em amostragem não probabilística por quotas, considerando a proporcionalidade dos números de policiais por estrato, sendo no Batalhão de Polícia Ambiental (BPA) n= 14, o Batalhão de Choque (BPChoque) n =42 ,o Esquadrão de Polícia Montada (EPMONT) n = 28; a Companhia de polícia de turismo (CPTUR) n= 21; 1º Batalhão n =33 , 9º Batalhão n =42, 6º Batalhão n =41, 8º Batalhão n =33, Unidade de Segurança Comunitária (USC) n = 11. Os batalhões e companhias da capital contatados estão subordinados ao comando de policiamento metropolitano e este, ao comando geral. Desta forma os dados deste estudo são representativos de toda a população policiais militares do município de São Luís.

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro estruturado para obtenção de dados sociodemográficos e da vida laboral dos policiais militares, como a idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, prática de esportes, consumo de tabaco, uso e tipo de bebida , uso de álcool no último mês, e o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). O AUDIT é um questionário composto por 10 itens, cada questão tem um escore que vai de 0 a 4 pontos, possibilitando um espectro de pontuação de 0 a 40. A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos elementos do AUDIT possibilita a classificação do uso da substância da seguinte maneira: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos.^(7,8)

As análises estatísticas foram realizadas no programa STATA, na versão 11.0. Inicialmente foram construídas tabelas com frequências absolutas e relativas. Foi realizada a análise univariada, com estimativa das razões de prevalências ou de chances, não ajustadas, e intervalo de confiança de 95%, para fatores associados ao consumo de álcool. Utilizou-se a regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância, para os eventos que apresentaram uma

prevalência igual ou superior a 10,0%, visto que a estimativa das razões de prevalência para eventos de alta frequência, pode levar a falsos positivos.

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Ceuma e aprovado sob o número 730.963 (12/08/2014). A participação dos policiais militares foi voluntária e se deu mediante a assinatura do termo de consentimento após esclarecimentos, sendo assegurados o sigilo das respostas e a liberdade para desistência.

Resultados

A amostra constituiu-se por 265 policiais militares, nos quais os dados sociodemográficos e são apresentados na tabela 1, divididos em 86,42% praças e 13,58% oficiais, sendo 94,35% do sexo masculino e a faixa etária mais frequente foi de 40 a 49 anos (41,89%). Houve maior frequência de solteiros (56,23%), não possuem filhos (32,08%), católicos (55,47%), raça parda (56,60%), que praticam atividade física frequentemente (67,42%) e não fumantes (93,58%). O nível de escolaridade prevalente foi o ensino médio (54,72%) seguido do ensino superior (42,26%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos policiais militares da cidade de São Luís. MA. Brasil, 2014

Características	n (265)	%
Idade (anos)		
50- 53	14	05.28
40- 49	111	41.89
30-39	77	29.06
19-29	63	23.77
Sexo		
Masculino	250	94.34
Feminino	15	05.66
Raça		

Negra	51	19.25
Branca	61	23.02
Parda	150	56.60
Amarela	03	1.13
Estado Civil		
Solteiro	149	56.23
Casado	84	31.70
Divorciado	11	4.15
União Estável	20	7.55
Viúvo	1	0.38
Religião		
Não Tenho	42	15.85
Espírita	4	1.51
Umbanda/Candomblé	2	0.75
Católico	147	55.47
Evangélico	65	24.53
Budista/Oriental	4	1.51
Outros	1	0.38
Escolaridade		
Fundamental	3	1.13
Médio	145	54.72
Superior	112	42.26
Mestrado	5	1.89
Atividade Física		
Não	29	10.98
Frequentemente	178	67.42
Raramente	56	21.21
Não respondeu	1	0.38
Fuma		
Sim	17	6.42
Não	248	93.58
Número de Filhos		
0	85	32.08
1	58	21.89
2	60	22.64
3	44	16.60
Mais de 3	15	5.66
Não respondeu	3	1.13

Em relação à vida laboral dos militares, a tabela 2 apresenta a seguinte distribuição: a patente prevalente entre praças foi a de soldado (41,29%) e entre oficiais, 2º Tenente (5,68%). Quanto ao Tempo de serviço existiu maior frequência 11 a 24 anos (38,87%), com carga horária semanal 40 a 60 horas (81,13%), turno de trabalho diurno (47,92%), escala fixa (52,08%), trabalho externo (46,79%), na atividade de policiamento

ostensivo (30,57%). A distribuição da amostra segundo o consumo de álcool evidenciou que 40,38 % dos policiais militares faziam uso de apenas um tipo de bebida alcoólica e 36,60% eram abstêmios.

Tabela 2 - Características da vida laboral dos policiais militares da cidade de São Luís. MA. Brasil, 2014

Características	n (265)	%
Classificação		
Oficial	36	13,58
Praças	229	86,42
Patente		
Coronel	1	0,38
Tenente- Coronel	1	0,38
Major	3	1,14
Capitão	6	2,27
1º Tenente	9	3,41
2º Tenente	15	5,68
Sub-Tenente	8	3,03
3º Sargento	26	9,85
2º Sargento	15	5,68
1º Sargento	11	4,17
Cabo	60	22,73
Soldado	109	41,29
Batalhão		
1º Batalhão	26	9,81
6º Batalhão	38	14,34
8º Batalhão	34	12,83
9º Batalhão	57	21,51
Usc	11	4,15
CPTur	28	10,57
BPA	13	4,91
EPMont	11	4,15
CHOQUE	47	17,74
Tempo de Serviço (anos)		
25- 39	53	20,00
11- 24	103	38,87
1- 10	109	41,13
Carga Horária Semanal		
61- 72	4	1,51
40- 60	215	81,13
21- 39	44	16,60
0-20	2	0,75

Turno de trabalho		
Diurno	127	47,92
Noturno	18	6,79
Diurno/noturno	120	45,28
Escala de Trabalho		
Fixa	138	52,08
Alternada	122	46,04
Não respondeu	5	1,89
Local de trabalho		
Interno	93	35,09
Externo	124	46,79
Interno/externo	47	17,74
Não respondeu	1	0,38
Atividade Exercida		
Comandante	9	3,40
Administrativo	68	25,66
Policiamento Ostensivo	81	30,57
Patrulhamento	31	11,70
Combatente	36	13,58
Armeiro	4	1,51
Guarda	6	2,26
Permanente	10	3,77
Motorista	18	6,79
Não respondeu	2	0,75
Tipo de Bebida Alcoólica		
Não bebe	97	36,60
1	107	40,38
2	27	10,19
Mais de 2	34	12,83

A tabela 3 e a tabela 4 apresentaram os seguintes resultados: a prevalência de uso problemático ou provável dependência de álcool na amostra de 266 policiais militares entrevistados foi de 7,17%. Quanto à idade dos policiais militares 41,89% possuíam entre 40 a 49 anos. Destas, somente 8,11% apresentavam uso problemático ou provável dependência de álcool. Nessas variáveis não foi observada associação significativa ($p=0,131$).

Na variável sexo, a maior prevalência foi entre os homens com 94,34%, destes 64,80% apresentaram baixo risco quanto ao consumo de álcool e 7,6% evidenciaram uso problemático ou provável dependência de álcool, não sendo observada associação significativa ($p=0,153$). Dos policiais entrevistados 56,60% afirmavam ser da raça parda, destes em apenas 8,0% foi demonstrado uso problemático ou provável dependência de álcool.

Não foi observada associação significativa ($p=0,385$). No dado Estado Civil, 56,23% dos policiais eram solteiros e 69,80% eram abstêmios ou estavam na zona de baixo risco quanto ao consumo de álcool. Não houve observada associação significativa ($p=0,282$). Quanto a variável religião 55,47% afirmavam ser católico e destes 8,16% faziam uso de álcool de forma abusiva se enquadrando na zona de provável dependência e 61,22% apresentavam baixo risco com associação significativa ($p = 0.003$).

Em relação à escolaridade, verificou-se que 54,72% possuíam o ensino médio, sendo que 60,69% destas estavam na zona de baixo risco. Nessa variável não foi encontrada associação significativa ($p=0,234$). Na variável prática de atividade física a maior frequência foi dos que praticavam frequentemente com 67,4%, dentre essas 66,29% apresentaram baixo risco quanto ao uso de álcool. Não sendo observada associação significativa ($p=0,806$). Quanto ao hábito de fumar 93,58% afirmavam não serem fumantes sendo que destes, 6,05% exibiam uso problemático ou provável dependência de álcool. Essa variável apresentou associação significativa ($p=0,028$). Com relação à variável que investiga número de filhos 32,08% responderam que não têm filhos. Nessa variável não houve significância estatística ($p=0,609$).

Dentre os 266 policiais militares que responderam o questionário sobre a vida laboral militar, houve a maior frequência entre praças (86,42%), destes apenas 7,42% apresentavam uso problemático ou provável dependência alcoólica, não sendo observada significância estatística ($p=0,499$). Quanto à variável patente, houve prevalência de soldados (41,29%) em que, 5,50% estavam na zona de uso problemático ou provável dependência alcoólica, já entre os cabos este número foi maior 11,67%. Não houve significância estatística ($p=0,790$). Ao analisar a atividade exercida na polícia militar, observou-se que a maioria (30,57%) executava o patrulhamento ostensivo não apresentavam problemas com o uso de álcool, ou seja, estavam na zona de baixo risco ou abstêmios. Não foi observada significância estatística ($p=0,691$).

Ainda considerando as características relacionadas à vida laboral militar, a variável batalhões, houve maior prevalência no 9º Batalhão (21,51%), destes apenas 3,51% de policiais na zona de uso problemático ou provável dependência, já nos 6º Batalhão (13,16%) e 8º Batalhão (11,76%) houve um maior percentual de policiais na zona de provável dependência alcoólica. Não havendo significância estatística ($p=0,531$). Com relação ao uso de bebida alcoólica, 40,38% informaram que fizeram uso de um tipo de bebida alcoólica. Destas 10,28% apresentavam uso problemático ou provável dependência, sendo que o maior percentual nesta zona foi entre os que faziam uso de dois tipos de bebida alcoólica (14,81%), sendo observada significância estatística ($p\geq 0,001$).

Tabela 3 - Prevalência do consumo de álcool segundo variáveis sociodemográficas dos policiais militares da cidade de São Luis. MA. Brasil, 2014

Características	AUDIT				P-valor
	Baixo Risco N (%)	Risco N (%)	Alto Risco N (%)	Dependência N (%)	
Idade (anos)					0,131
50- 53	10(71.43)	01(7.14)	02(14.29)	01(7.14)	
40- 49	78(70.27)	19(17.12)	05(4.50)	09(8.11)	
30-39	09(63.64)	22(28.57)	00(0.00)	06 (7.79)	
19-29	39(61.90)	18(28.57)	03(4.76)	03(4.76)	
Sexo					0,153
Masculino	14(93.33)	01 (6.67)	00(0.00)	00 (0.00)	
Feminino	162(64.80)	59(23.60)	10(4.00)	19 (7.60)	
Raça					0,385
Negra	30(58.82)	13(25.49)	4(07.84)	4 (07.84)	
Branca	42(68.85)	14(22.95)	3(04.92)	2(03.28)	
Parda	102(68.00)	33(22.00)	3(2.00)	12(8.00)	
Amarela	2 (66.67)	0(0.00)	0(0.00)	1(33.00)	
Estado Civil					0,282
Solteiro	104(69.80)	32(21.48)	2 (1.34)	11 (7.38)	
Casado	53 (63.10)	21(25.00)	7 (8.33)	3 (3.57)	
Divorciado	7 (63.64)	2 (18.18)	0 (0.00)	2 (18.18)	
União Estável	11 (55.00)	5 (25.00)	1 (5.00)	3 (15.00)	
Viúvo	1 (100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	

Religião					0,003
Não Tenho	19(45.24)	15(35.71)	5 (7.14)	5 (11.90)	
Espírita	2 (50.00)	2 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Umbanda/Candomblé	2 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Católico	90 (61.22)	39(26.53)	6 (4.08)	12 (8.16)	
Evangélico	60 (92.31)	0 (4.62)	3 (4.61)	2 (3.08)	
Budista/Oriental	2 (50.00)	1 (25.00)	1 (25.00)	0 (0.00)	
Outros	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Escolaridade					0,234
Fundamental	3 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Médio	88 (60.69)	34(23.45)	8 (5.52)	15 (10.34)	
Superior	80 (71.43)	26(23.21)	2 (1.79)	4 (3.57)	
Mestrado	5 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Atividade Física					0,806
Não	20 (68.97)	5 (17.24)	2 (6.90)	2 (6.90)	
Frequentemente	118(66.29)	43(24.16)	7 (3.93)	10 (5.62)	
Raramente	36 (64.29)	12(21.43)	1 (1.79)	7 (12.50)	
Não respondeu	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Fuma					0,028
Sim	7 (41.18)	5 (29.41)	1 (5.88)	4 (23.53)	
Não	169(68.15)	55(22.18)	9 (3.63)	15 (6.05)	
Número de Filhos					0,609
Mais de 3	10 (66.67)	2 (13.33)	1 (6.67)	2 (13.33)	
3	25 (56.82)	12(27.27)	2 (4.55)	5 (11.36)	
2	44 (73.33)	12 20.00)	1 (1.67)	3 (5.00)	
1	34 (58.62)	16(27.59)	3 (5.17)	5 (8.62)	
0	61 (71.76)	18(21.18)	3 (3.53)	3 (3.53)	
Não respondeu	2 (66.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (33.33)	

Tabela 4 - Prevalência do consumo de álcool segundo a vida laboral dos policiais militares da cidade de São Luis. MA. Brasil, 2014

Características	AUDIT			Dependência N (%)	p- valor
	Baixo Risco N (%)	Risco N (%)	Alto Risco N (%)		
Classificação					0,499
Oficial	27 (75.00)	7 (19.44)	0 (0.00)	2 (5.56)	
Praças	149(65.07)	53(23.14)	10 (4.37)	17 (7.42)	
Patente					0,790
Coronel	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Tenente- Coronel	0 (0.00)	1(100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Major	3 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Capitão	4 (66.67)	2 (33.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	

1º Tenente	7 (77.78)	1 (11.11)	0 (0.00)	1 (11.11)
2º Tenente	10 (66.67)	4 (26.67)	0 (0.00)	1 (6.67)
Sub-Tenente	7 (87.50)	1 (12.50)	0 (0.00)	0 (0.00)
3º Sargento	16 (61.54)	6 (23.08)	2 (7.69)	2 (7.69)
2º Sargento	12 (80.00)	1 (6.67)	0 (0.00)	2 (13.33)
1º Sargento	8 (72.73)	1 (9.09)	2 (18.18)	0 (0.00)
Cabo	35 (58.33)	15(25.00)	3 (5.00)	7 (11.67)
Soldado	72 (66.06)	28(25.69)	3 (2.75)	6 (5.50)
Batalhão				0,531
1º Batalhão	16 (61.54)	7 (26.92)	1 (3.85)	2 (7.69)
6º Batalhão	22 (57.89)	8 (21.05)	3 (7.89)	5 (13.16)
8º Batalhão	22 (64.71)	7 (20.59)	1 (2.94)	4 (11.76)
9º Batalhão	41 (71.93)	13(22.81)	1 (1.75)	2 (3.51)
Usc	9 (81.82)	2 (18.18)	0 (0.00)	0 (0.00)
CPTur	18 (64.29)	6 (21.43)	0 (0.00)	4 (14.29)
BPA	10 (76.92)	1 (7.69)	2 (15.38)	0 (0.00)
EPMont	9 (81.82)	2 (18.18)	0 (0.00)	0 (0.00)
CHOQUE	29 (61.70)	14 29.79)	2 (4.26)	2 (4.26)
Tempo de Serviço (anos)				0,544
25- 39	35 (66.04)	9 (16.98)	4 (7.55)	5 (9.43)
11- 24	70 (67.96)	22(21.36)	3 (2.91)	8 (7.77)
1- 10	71 (65.14)	29(26.61)	3 (2.75)	6 (5.50)
Carga Horária Semanal				0,355
61- 72	3 (75.00)	1 (25.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
40- 60	142(66.05)	47(21.86)	9 (4.19)	17 (7.91)
21- 39	31 (70.45)	11(25.00)	1 (2.27)	1 (2.27)
0-20	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	1 (50.00)
Turno de trabalho				0,400
Diurno	86 (67.72)	30(23.62)	6 (4.72)	5 (3.94)
Noturno	10 (55.56)	4 (22.22)	1 (5.56)	3 (16.67)
Diurno/noturno	80 (66.67)	26(21.67)	3 (2.50)	11 (9.17)
Escala de Trabalho				0,625
Fixa	95 (68.84)	30(21.74)	6 (4.35)	7 (5.07)
Alternada	79 (64.75)	28 22.95)	4 (3.28)	11 (9.02)
Não respondeu	2 (40.00)	2 (40.00)	0 (0.00)	1 (20.00)
Local de trabalho				0,731
Interno	65 (69.89)	17(18.28)	4 (4.30)	7 (7.53)
Externo	75 (60.48)	33 26.61)	5 (4.03)	11 (8.87)
Interno/externo	35 (74.47)	10(21.28)	1 (2.13)	1 (2.13)
Não respondeu	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Atividade Exercida				0,691
Comandante	7 (77.78)	1 (11.11)	0 (0.00)	1 (11.11)
Administrativo	50 (73.53)	12(17.65)	3 (4.41)	3 (4.41)
Policiamento Ostensivo	48 (59.26)	24(29.63)	0 (0.00)	9 (11.11)
Patrulhamento	20 (64.52)	6 (19.35)	3 (9.68)	2 (6.45)
Combatente	25 (69.44)	8 (22.22)	2 (5.56)	1 (2.78)
Armeiro	4 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

Guarda	4 (66.67)	2 (33.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
Permanente	7 (70.00)	1 (10.00)	1 (10.00)	1 (10.00)
Motorista	9 (50.00)	6 (33.33)	1 (5.56)	2 (11.11)
Não respondeu	2 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Uso de Bebida				<0,001
Alcoólica				
Não bebe	97(100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
1	58 (54.21)	33(30.84)	5 (4.67)	11 (10.28)
2	8 (29.63)	13(48.15)	2 (7.41)	4 (14.81)
Mais de 2	13 (38.24)	14(41.18)	3 (8.82)	4 (11.76)

Na tabela 5, encontramos que as variáveis do modelo ajustado, a variável religião católica (RP= 2,700; IC= 4,020 – 1,816) apresenta maior prevalência para consumo de álcool em policiais militares, do que a religião Budista (RP=0,197; IC=0,069 – 0,555).

Tabela 5 - Análise ajustada dos fatores associados ao padrão de consumo de álcool na amostra estudada. São Luís. MA, 2014

Características	RP	IC (95%)	P
Sexo			0,031
Feminino	1	-	
Masculino	4,834	0,605 – 38,57	
Estado Civil			≥ 0,0001
Solteiro	1	-	
Casado	1,104	0,688 – 1,772	
Divorciado	1,216	0,486 – 3,043	
União Estável	1,538	0,826 – 2,864	
Religião			≥0,0001
Não Tenho	1	-	
Espírita	0,684	0,226 – 2,069	
Umbanda/Candomblé	1	-	
Católico	2,700	4,020 – 1,816	
Evangélico	0,768	0,472 – 1,248	
Budista/Oriental	0,197	0,069 - 0,555	
Outros	0,634	0,160 – 2,511	

Discussão

Os dados relacionados ao perfil sociodemográfico do objeto em estudo, foram semelhantes ao encontrado no estudo realizado com policiais militares do Comando de Policiamento da Capital na cidade de Recife-PE, tendo como resultado o predomínio de adultos jovens (até 45 anos), casados (77,3%), com pelo menos ensino médio completo (64,9%), de cor parda (57,3%), praticavam atividade física (27,4%).⁽⁹⁾ No estudo de Costa et al.⁽¹⁰⁾, os policiais militares de Natal-RN constituíram-se praticamente do sexo masculino (95,5%), com idade inferior a 40 anos (87,5%), casados (53,8%) e com ensino médio completo (77,3%), não fumantes (86,0%) e de indivíduos sem atividade física regular (62,1%). Sendo divergentes com o nosso estudo apenas as variáveis estado civil solteiro (56,23%) e a prática de atividades físicas (67,42%).

Segundo Costa et al.⁽¹¹⁾, o estudo realizado com PMs das cidades de Goiânia e Aparecida de Goiânia-GO, corrobora com os dados supracitadas, em que foram observados a prevalência do sexo masculino (94,6%), faixa etária superior a 35 anos (62,4%) e orientação religiosa católica (34,4%), semelhante ao perfil sociodemográfico predominante dos PMs de Recife-PE, nos quais os investigados eram adultos jovens (até 45 anos), casados (77,3%), com pelo menos ensino médio completo (64,9%) e fumantes (12,4%).⁽⁹⁾

Quanto à variável escolaridade, vale ressaltar que para o ingresso na polícia militar o grau de instrução mínimo exigido para os praças é o ensino médio completo, este aspecto explica o maior percentual de PMs com esta escolaridade.⁽¹²⁾

A prevalência de fumantes neste estudo (6,42%) foi divergente dos resultados encontrados em pesquisa realizada com PMs da cidade de Natal-RN que identificou 14% de fumantes⁽¹⁰⁾ e com os resultados de outro estudo entre PMs do Rio de Janeiro-RJ com 19,1%

fumantes⁽¹³⁾, bem como com o estudo realizado por Ferreira et al.⁽⁹⁾, em que 87,6% afirmaram ser fumantes.

Analisando a prevalência de consumo de álcool segundo as variáveis socioeconômicas e demográfica dos PMs no município de São Luís-MA observamos grande discrepância em relação ao estudo de Dutra¹⁴, em que 75,8% dos entrevistados do sexo masculino e 2,8% do sexo feminino se enquadram na Zona I ou Baixo Risco e 20,7% homens e 19,4% mulheres foram classificados na Zona II ou Risco. Para a Zona III ou Uso Nocivo, foram encontrados apenas homens e, foi observado que 2,1% dos homens e 2,8% das mulheres se encaixavam nas condições de Provável Dependência.

A variável religião dos participantes foi significativa quando relacionada ao padrão de consumo de bebida, tendo maior relevância quanto a provável dependência, a religião católica (8,16%) e os que afirmavam não ter religião (11,90%), semelhante ao estudo de Amato et al.⁽⁸⁾, em que a menor porcentagem de entrevistados que fazia uso de risco de álcool estava entre os evangélicos (7,1%), ao passo que, entre os participantes de outras religiões a porcentagem de uso de risco foi significativamente maior, 21% entre os católicos e 30% “sem” religiões.

Ainda de acordo com o estudo de Amato et al.⁽⁸⁾, os evangélicos também representaram a menor proporção de sujeitos entre os que tinham padrão *Binge* de uso (6,3%) e o maior percentual foi entre os que se declararam tendo outras religiões ou religião não determinada (40%). Além disso, se comparados aos católicos, a frequência era três vezes menor.

A presença da religião como fator protetor ao uso de substâncias psicoativas também foi vista em outros trabalhos. A religião influenciou no uso de álcool e outras substâncias no estudo de Delgalorondo et al.⁽¹⁵⁾. O tipo de religião também esteve relacionado ao uso de álcool nos últimos 12 meses. Silva et al.⁽¹⁶⁾ verificaram menor uso de

álcool (incluindo bebedores sociais, moderados e excessivos) entre os protestantes (50%) em relação aos espíritas (75,0%), católicos (75,0%) e os que declararam não seguir nenhuma orientação religiosa (94,5%). Não se detectou bebedores excessivos entre os espíritas e os protestantes. Delgalorrondo et al.⁽¹⁵⁾ também observaram que há associação entre pertencer a grupos religiosos mais conservadores (como os protestantes) e utilizar e ter menos dependência de álcool.

As variáveis relacionadas às atividades laborais da pesquisa em questão, foram semelhantes ao estudo realizado por Ferreira et al.⁽⁹⁾, os quais destacam que mais da metade dos policiais trabalhava há 18 anos ou mais na instituição (53,5%), tinha uma carga horária de 48 horas/ semana ou mais (57%), exerciam suas atividades em local externo ou alternava (64,8%), trabalhava em horário diurno (59,2%), tinha um turno fixo de trabalho (53,8%).

Semelhantemente, Ferreira et al.⁽⁹⁾ destaca que mais da metade dos policiais de Recife estavam há 18 anos ou mais na instituição (53,5%), tinha carga horária de 48 horas/ semana ou mais (57%), exerciam suas atividades em locais externos ou alternavam (64,8%), trabalhavam em horário diurno (59,2%), tinham um turno fixo de trabalho (53,8%), faziam hora extra (75,7%), possuíam um dia ou mais de folga por semana (57,3%).

A pesquisa de Sousa e Araújo⁽¹⁷⁾ realizada na unidade da polícia militar de Minas Gerais (PMMG) da cidade de Uberlândia (MG), trazem pontos de divergência com os dados encontrados em nossa pesquisa, por exemplo, o percentual das patentes dos participantes em MG variou entre Soldado (22,73%), Cabo (27,27%), 2º Sargento (18,18%) 1º Sargento (4,55%), 3º Sargento (4,55%) e tenente (13,64%) e os cargos exercidos dentro da corporação foram dos mais variados, tendo o administrativo atingido uma porcentagem de 36,36%, operacional ou ostensivo 18,18%, almoxarifado 9,09% e demais 4,55%.

Quando associamos padrão de consumo às variáveis do eixo vida laboral, Oliveira⁽¹⁸⁾, em seu estudo com bombeiros militar da cidade de São Carlos (SP), corrobora os

dados deste estudo, quando apresenta uma prevalência de 72,6% de bombeiros abstêmios ou bebedores de baixo risco e 6,6% informando fazer uso de alto risco ou nocivo e dependência, estes resultados, também são equivalentes aos estudo de Carmo et al.⁽¹⁹⁾, que investigaram a incidência de alcoolismo nos profissionais de segurança pública do 5º batalhão da polícia militar no município de Londrina, e obteve a prevalência de 5,32% para a zona de provável dependência.

Na análise da variável Patente encontramos equivalência e convergência com o estudo de Dutra⁽¹⁴⁾, quando o mesmo constata um maior percentual de Oficiais (86,15%) em relação às Praças (74,68%) pertencentes à Zona I, sendo este o ponto em comum; e quando afirma que apenas praças (4,2%) compõem a Zona IV, discordando com o presente estudo, em que foi identificado, além dos praças (7,42%), um percentual de 5,56% de oficiais inseridos na classificação de provável dependência.

Conclusão

Este estudo possibilitou a identificação de um percentual de 7,17% de policiais militares da cidade de São Luís – Maranhão que estão na zona de risco ou com provável diagnóstico de dependência de álcool. As prevalências de consumo foram significativamente maiores para o sexo masculino, faixa etária mais frequente foi a de 40 a 49 anos, solteiros, católicos, pardos, não fumantes e que praticam atividade física regularmente. Outro achado importante foi o fato da variável religião católica (RP= 2,700; IC= 4,020 – 1,816) apresentar maior prevalência para consumo de álcool em policiais militares, do que a religião Budista (RP=0,197; IC=0,069 – 0,555).

Este estudo deve ser avaliado à luz de suas limitações. Primeiramente, tratando-se de estudo transversal, não se pode atribuir relação de causalidade entre as variáveis estudadas,

mas somente de prevalência. Outro aspecto a ser considerado é que os resultados foram levantados a partir de questões extraídas de questionários padronizados e de autopreenchimento, o que permite a ocorrência de respostas falsas, como exposto anteriormente.

Assim, este estudo evidencia a necessidade do despertar para a existência de uma parcela relevante de policiais que se expõem a um consumo nocivo e que apresentam probabilidade aumentada para a dependência, bem como para aqueles que já se encontram em provável alcoolismo, o que nos leva à reflexão sobre a urgência na implementação de estratégias de conscientização, destes militares, quanto aos malefícios advindos de tal comportamento de risco.

Referências

1. Halpern EE, Ferreira SMB, Silva Filho JF. Os efeitos das situações de trabalho na construção do alcoolismo de pacientes militares da marinha do Brasil. *Cad Psicol Soc Trab.* 2008;11(2):273-86.
2. World Health Association. Alcohol and injury in emergency departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Geneve: WHO; 2007.
3. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas; 2007.
4. Portugal FB, Correa APM, Siqueira MM. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2010 [citado 2014 jan. 17];6(1):1-13. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/06.pdf>.
5. Sampaio C. Estresse no trabalho [Internet]. Soa Paulo: USP; 2004 [citado 2013 set 2]. Disponível: www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado/trabalhospdf/12.pdf.
6. Calheiros DS, Cavalcante Neto JL, Calheiros D S. A qualidade de vida e os níveis de atividade física de policiais militares de Alagoas, Brasil. *R Bras Qual Vida.* 2013;5(1):59-71.
7. Kokotailo PK, Egan J, Gangno NR, Brown D, Mundt M, Fleming M. Validity of the alcohol use disorders identification test in college students. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004 Jun;28(6):914-20.
8. Amato T, Silveira OS, Oliveira JS, Ronzani TM. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde – Juiz de Fora, MG, Brasil – 2006. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2008 [citado 2014 jan. 17];4(2):1-17. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38675>.
9. Ferreira DKS, Bonfim C, Augusto LGS. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. *Ciên Saúde Coletiva.* 2011;16(8):3403-12.
10. Costa M, Accioly H Jr, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares de uma cidade brasileira. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(4):217-22.

11. Costa SHN, Cunha LC, Yonamine M, Pucci LL, Oliveira FGF, Souza CG, et al. Pesquisa sobre uso de drogas psicotrópicas em 12 unidades da Polícia Militar nos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(4):389-95.
12. Silva JR. Legislação básica da polícia militar do Maranhão. 6ª ed. São Luis: Gráfica e Editora Ltda; 2014.
13. Sousa ER, Schenker M, Constantino P, Correia BSC. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(3):667-76.
14. Dutra RL. Diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas no corpo de bombeiros militar de Santa Catarina: um estudo na região da Grande Florianópolis [monografia]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2014.
15. Dalgalarondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(2):82-90.
16. Silva LR, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(2):280-8.
17. Sousa AVP, Araújo ACT. Avaliação do perfil de consumo de álcool e implicações de saúde e alimentação de servidores públicos. *E-RAC.* 2011;1(1):1-17.
18. Oliveira PA. Habilidades sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros: um estudo correlacional [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2010.
19. Carmo DR, Luiz WJM, Pires MG. Incidência de alcoolismo nos profissionais de segurança pública do 5º batalhão da polícia militar no município de Londrina – Paraná. *FIEP Bul.* 2011 [citado 2015 jun 10];81(Spec). Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/410>.

6 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a identificação de um percentual de um baixo percentual de policiais militares da cidade de São Luís – Maranhão que estão na zona de risco ou com provável diagnóstico de dependência de álcool. As prevalências de consumo foram significativamente maiores para o sexo masculino, faixa etária mais frequente foi a de 40 a 49 anos, solteiros, católicos, pardos, não fumantes e que praticam atividade física regularmente. Outro achado importante foi o fato da variável religião católica apresentar maior prevalência para consumo de álcool em policiais militares.

Este estudo deve ser avaliado à luz de suas limitações. Primeiramente, tratando-se de estudo transversal, não se pode atribuir relação de causalidade entre as variáveis estudadas, mas somente de prevalência. Outro aspecto a ser considerado é que os resultados foram levantados a partir de questões extraídas de questionários padronizados e de autopreenchimento, o que permite a ocorrência de respostas falsas, como exposto anteriormente.

Assim, este estudo evidencia a necessidade do despertar para a existência de uma parcela relevante de policiais que se expõem a um consumo nocivo e que apresentam probabilidade aumentada para a dependência, bem como para aqueles que já se encontram em provável alcoolismo, o que nos leva à reflexão sobre a urgência na implementação de estratégias de conscientização, destes militares, quanto aos malefícios advindos de tal comportamento de risco.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, R. B.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 156-163, set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a05v26n3.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2009.
- AMORIM, A. V. C. et al. Álcool e alcoolismo: estudo de prevalência entre discentes do curso de Medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte – Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 16-23, 2008.
- ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009.
- ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. **I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos V Mentais - o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.
- BABOR, T. F. et al. **Audit: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care**. Genebra: WHO, 2004. v.4.
- BABOR, T. F. et al. **O alcohol use disorders identification test: orientações para o uso em saúde**. Genebra: OMS, 1992.
- BENEDICTO, S. C. de et al. **Estresse e psicopatologias no ambiente de trabalho: conceitos, contextos, manifestações e conseqüências**. 2006. Disponível em: <www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado/trabalhospdf/5.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2013.
- BRANCO A. B. ; MASCARENHAS, F. A. N.; PENA, L. G. Q . Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 123-33, 2009. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_2art02alcoolismo.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília, DF, 2011.
- CAETANO, Dorival. **Classificação de transtornos mentais da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CALHEIROS, D. S.; CAVALCANTE NETO, J. L.; CALHEIROS, D. S. A qualidade de vida e os níveis de atividade física de policiais militares de Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 5, n. 1, p. 59-71, 2013.

CAMATO, T. et al. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde – Juiz de Fora, MG, Brasil – 2006. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 4, n. 2, p. 1-17, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38675/41522>>. Acesso em: 12 set. 2013.

CARLINI, E. A. et al. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID, 2002.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **História do álcool**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdTexto=25ff28cd>>. Acesso em: 2 dez. 2014.

COSTA, M. et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 21, n. 4, p. 217-222, 2007.

DALBEN, I. et al. Possíveis fatores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da UNESP. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 3, n. 1, p. 32-41, 2003.

FERREIRA, F. L. et al. **Alcoolismo na policia militar do Estado do Amazonas**: relatório. Amazonas: UFAM, 2002.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependências químicas**. São Paulo: Roca, 2004.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. S11-S13, 2004. Suplemento 1.

HALPERN, E. E.; FERREIRA, S. M. B.; SILVA FILHO, J. F. da. Os efeitos das situações de trabalho na construção do alcoolismo de pacientes militares da marinha do Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 273-286, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2014.

KOKOTAILO, P. K. et al. Validity of the alcohol use disorders identification test in college students. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 28, n. 6, p. 914-920, 2004. Disponível em: <http://www.epidemioufpel.org.br/site/content/teses_e_dissertacoes/detalhes.php?tese=265>. Acesso em: 12 nov. 2013.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: Secretária Nacional Antidrogas, 2007.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and Construct Validity of the AUDIT in an Urban Brazilian Sample. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.

MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de Dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, nº 3, p. 73-86, 2001. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%205%20-%20O%20USO%20DO%20C3%81LCOOL%20E%20A%20EVOLU%20C3%87%20C3%83O%20DO%20CONCEITO%20DE%20DEPEND%20C3%8ANCIA%20DE%20C3%81LCOOL%20E%20OUTRAS%20DROGAS.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 7-10, 2004. Suplemento 1.

MENDEZ, B. E. **Uma versão brasileira do AUDIT: alcohol use disorders identification test**. 1999. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. **Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde de policiais militares do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINTO, E. C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 207-220, 2007.

MORAES, E. et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, 321-325, 2006.

MORETTI-PIRES, R. O.; WEBSTER, C. M. C. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia. Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, mar. 2011.

OMENA, L.P.; ALVES, C.F.O. **Saúde do trabalhador: o alcoolismo como sintoma do sofrimento dos Policiais Militares de Alagoas**. 2007. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alcohol and injury in emergency departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries**. Genebra, 2007.

PALHANO, R. **Consumo de drogas e outros comportamentos relacionados: 240 perguntas e respostas**. São Luís: Florence Superior, 2009.

PEIXE, B. C. S. et al. **Políticas Públicas no Estado do Paraná: resumos de propostas e P769 projetos**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2010.

PIO, D. P. M. et al. Escores do audit de profissionais de enfermagem acometidos por acidentes com material biológico. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 1, p. 93-98, 2012.

PORTUGAL, F. B.; CORREA, A. P. M.; SIQUEIRA, M. M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **SMAD Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 17, n. 6, p. 1-13, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/06.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

SAMPAIO, C. **Estresse no trabalho**: redação saúde em movimento. 2004. Disponível em: <ww.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado/trabalhospdf/12.pdf>. Acesso em: 2 set. 2013.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 82-89, 2013.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. **Trabalho e drogas**: uso de substâncias psicoativas no trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995.

SILVA, L. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.

SILVA, M. B.; VIEIRA, S. B. O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 17, n. 4, p. 161-170, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000400016&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 ago. 2015.

SILVEIRA, C. M. et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literature. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, p. 31-38, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rpc/article/view/17179/19186>>. Acesso em: 2 set. 2014.

SOUZA, L. V. S. **Características do perfil sócio-epidemiológico e do processo de trabalho, relacionadas ao consumo de álcool**: um estudo em policiais militares do batalhão de radiopatrulha de Pernambuco. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2004.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 279-292, 2006.

STACCIARINI, J. M.; ALMEIDA, M. L. Uso e abuso de álcool pela polícia militar. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 27-30, 1996.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Garamond, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report: alcohol and young people.** Genebra, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2001>. Acesso em: 12 set. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health.** Genebra, 2014.

**APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO COMANDO GERAL PARA A
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**



ESTADO DO MARANHÃO
POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO
DIRETORIA DE PESSOAL
CENTRO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL – CIAMS
CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL - CAPS
 Av Jerônimo de Albuquerque s/n, Calhau.
 Fone: 0xx98 3227-6338, diretoriadepessoalpmma@hotmail.com
 Site: www.pm.ma.gov.br

São Luís-MA, 29 de maio de 2014.

Ofício nº 072/2014 - DP

Do Cel QOPM Diretor de Pessoal da PMMA.
 A Coordenadora do Mestrado em Gestão de Programas
 e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma.
Assunto: Informação.

Em resposta a solicitação feita através de Ofício S/n, datado de 18 de setembro
 de 2013, autorizo a pesquisa de sobre “Padrão de consumo de álcool entre militares no
 município de São Luís, da mestranda da Universidade Ceuma, Ethelanny Pantaleão Leite.


CEL QOPM CARLOS EDUARDO ABREU GOMES
 Diretor de Pessoal da PMMA

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE CEUMA

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Secretaria Geral da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Comitê de Ética em pesquisa do UNICEUMA
Rua dos Castanheiros, Jardim Renascença, Telefone: 3214 - 4265**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Estudo:

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM POLICIAIS MILITARES: FATORES
ASSOCIADOS**

Você está sendo convidado a participar de um estudo que se destina a avaliar o padrão de consumo de álcool entre policiais militares. O estudo será feito da seguinte maneira: serão aplicados dois questionários um sócio-demográfico e o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), durante o turno de trabalho, em média serão dispensados cinco minutos para o preenchimento dos questionários, que serão devolvidos para o pesquisador para posterior análise. Você contará com a assistência do pesquisador se necessário, em todas as etapas de sua participação no estudo.

Sempre que você desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo, ou seja, sem qualquer prejuízo da continuidade do seu acompanhamento médico.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Você será indenizado por qualquer despesa que venha a ter com sua participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas estão garantidos os recursos.

Flor de Maria A. M. Silva
Orientadora

Ethelanny Pantaleão Leite
Pesquisadora
Contatos: 32450262

São Luís, ____/____/____

Assinatura do pesquisado

APÊNDICE C – OFÍCIO DA COORDENAÇÃO DO MESTRADO SOLICITANDO A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo. Sr Comandante Geral da PPMA

Coronel Franklin Pacheco da Silva

Prof. 155939/2013

Solicito a V.Sa autorização para a realização de pesquisa de mestrado entre a corporação

militar do município de São Luis, a saber:

A(ao) <u>DP</u>
Para Conhecimento e Providências.
Em <u>20/09/13</u>
<i>[Assinatura]</i>
EDILSON Moraes Gomes - Cel PM
Subcomandante da PPMA

“Padrão de consumo de álcool entre militares no município de São Luís”.

Mestranda Ethelanny Pantaleão Leite

Co orientadora Prof Flor de Maria

Orientadora Prof Cristina Loyola

Agardecemos a gentileza com que vimos sendo atendidas e colocando - me à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários,

Atenciosamente

São Luis, 18 de setembro de 2013.

[Assinatura]
Cristina Maria Doua Loyola

Coordenadora do Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde

Recebido em: 20/09/13
Edna - DP.

POLÍCIA MILITAR DO MARANHÃO	
AJUDÂNCIA GERAL / QCG	
SERVIÇO DE PROTOCOLO	
PROCESSO nº	<u>155919/13</u>
DOCUMENTO nº	
DATA	<u>20/09/13</u> de
<i>[Assinatura]</i>	

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E VIDA LABORAL

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

1. Este questionário contém perguntas sobre dados sócio demográfico
2. Todas as respostas são **confidenciais** e o preenchimento é **individual**.
3. A sua sinceridade nas respostas é muito importante, assim como o preenchimento de **todas as questões**. Porém, se não souber responder uma questão – ou não se sentir à vontade em respondê-la – deixe-a em branco.
4. Ao finalizar o preenchimento, deposite o questionário no envelope que se encontra no local que foi indicado pelo supervisor.

1.IDADE: _____ anos
2.SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3.RAÇA: <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela
4.ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo
5. NÚMERO DE FILHOS: <input type="checkbox"/> Não tenho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mais de 3
6.ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
7.RELIGIÃO: <input type="checkbox"/> Não tenho religião <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Umbanda/Candomblé <input type="checkbox"/> Budista/oriental <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Outras: _____
8.ATIVIDADE FÍSICA: qual? _____ <input type="checkbox"/> Frequentemente ____/semana <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Não
9.FUMA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Quantos cigarros/dia? _____
10.PATENTE: <input type="checkbox"/> Coronel <input type="checkbox"/> Ten. Coronel <input type="checkbox"/> Major <input type="checkbox"/> Capitão <input type="checkbox"/> 1º Tenente <input type="checkbox"/> 2º Tenente <input type="checkbox"/> Sub – Tenente <input type="checkbox"/> 3º Sargento <input type="checkbox"/> 2º Sargento <input type="checkbox"/> 1º Sargento <input type="checkbox"/> Cabo <input type="checkbox"/> Soldado
11.TEMPO NA POLÍCIA: _____ anos
12.CARGA HORÁRIA/SEMANA: _____

13.TURNO DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno
14.ESCALA: <input type="checkbox"/> Fixa <input type="checkbox"/> Alternada
15.LOCAL DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo
16.ATIVIDADE EXERCIDA NA PM: _____
17.TEM OUTRO EMPREGO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____
18.FAZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Cerveja/chopp <input type="checkbox"/> Vinho/espumante <input type="checkbox"/> Bebida tipo "ice" <input type="checkbox"/> Bebidas destiladas (Uisque; gim; vodca; rum; conhaque; pinga/cachaça/ aguardentes; Tequila ou Batidas) <input type="checkbox"/> Saquê <input type="checkbox"/> Outras

ANEXO B – QUESTIONÁRIO ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION (AUDIT)

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:
Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses. **Explique o que você quer dizer com consumo de álcool, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados etc. Marque as respostas relativas a quantidade em termos de doses-padrão. Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final**

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10]</p> <p>(1) Mensalmente ou menos</p> <p>(2) De 2 a 4 vezes por mês</p> <p>(3) De 2 a 3 vezes por semana</p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana </p>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente </p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2</p> <p>(1) 3 ou 4</p> <p>(2) 5 ou 6 </p> <p>(3) 7, 8 ou 9</p> <p>(4) 10 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente </p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência você toma cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente </p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p><u>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</u></p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente </p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você</p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou</p>

<p>achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/></p>
<p>Anote aqui o resultado: $_ + _ + _ + _ + _ + _ + _ + _ + _ + _ =$ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10</p>	

Equivalência de Dose Padrão

CERVEJA: 1 copo (de chope – 350ml), 1 lata = 1 DOSE ou 1 garrafa – 2 DOSES

VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 DOSES ou 1 garrafa = 8 DOSES

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: meio copo americano (60ml) = 1,5 DOSES

UÍSQUE, RUM, LICOR etc

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL EM POLICIAIS MILITARES EM SÃO LUIS- MARANHÃO

Pesquisador: Ethelanny Pantaleão Leite

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27816114.1.0000.5084

Instituição Proponente: Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 730.963

Data da Relatoria: 12/08/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo analítico transversal para estimar a prevalência do consumo de álcool em policiais militares distribuídos em batalhões e companhias da Polícia Militar na cidade de São Luís - Maranhão, no período de Março a Agosto de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estimar a prevalência do consumo de álcool por policiais militares na cidade de São Luís - MA.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as variáveis sociodemográficas da população estudada;

Identificar a frequência do uso de álcool na amostra em estudo;

Avaliar os fatores de risco associados ao uso de álcool

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todos os cuidados necessários para a manutenção do anonimato e do sigilo serão tomados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e certamente contribuirá para esclarecer aspectos importantes a respeito do tema. A equipe executora apresenta a capacitação necessária para

Endereço: DOS CASTANHEIROS

Bairro: JARDIM RENASCENÇA

CEP: 65.075-120

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)3214-4265

Fax: (98)3214-4212

E-mail: cep@ceuma.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
MARANHÃO - UNICEUMA



Continuação do Parecer: 730.963

realizar a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados e encontram-se corretamente preenchidos.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO LUIS, 29 de Julho de 2014

Assinado por:
Eduardo Durans Figuerêdo
(Coordenador)

Endereço: DOS CASTANHEIROS

Bairro: JARDIM RENASCENCA

CEP: 65.075-120

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3214-4265

Fax: (98)3214-4212

E-mail: cep@ceuma.br

ANEXO D – NORMAS PARA SUBMISSÃO NA REVISTA ELETRÔNICA SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E DROGAS



SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

www.eerp.usp.br/resmad smad@eerp.usp.br
+55 16 3315-4407 Ribeirão Preto, SP, Brasil

Atualizada em 1º de junho de 2015

Preparo do artigo

Estas instruções para a preparação do artigo para submissão são baseadas *Recomendações para condução, escrita, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em revistas científicas médicas* elaboradas pelo *International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE)*.

1. Estrutura	1
2. Arquivo	1
3. Papel	1
4. Margens.....	1
5. Quantidade de páginas.....	2
6. Fonte (no texto).....	2
7. Fonte (nas tabelas)	2
8. Espaçamento entre linhas (no texto)	2
9. Espaçamento entre linhas (nas tabelas).....	2
10. Título (do artigo).....	2
11. Título (das tabelas)	2
12. Título (das figuras).....	2
13. Resumo	3
14. Descritores.....	3
15. Formatação não permitida (no meio do texto).....	3
16. Formatação não permitida (nas tabelas)	3
17. Nome das seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão.....	3
18. Falas de sujeitos.....	4
19. Siglas (no texto)	4
20. Siglas (nas tabelas e figuras).....	4
21. Notas de Rodapé (no texto)	4
22. Notas de rodapé (nas tabelas e figuras).....	4
23. Citações no texto	4
24. Referências	5
25. Tabelas.....	7
26. Figuras	7

Preparo do artigo

1. Estrutura

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, materiais e métodos ou casuísticas e métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

O arquivo do artigo não deve conter o nome dos autores e os agradecimentos, estes devem estar na Title Page (ver Documentos para Submissão).

A *Introdução* deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Materiais e Métodos* ou Casuísticas e Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever a análise do material (quantitativo ou qualitativo). O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo, faz interpretações que advêm deles e comparações com outras literaturas não citadas na introdução. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na SMAD, referenciando-os no texto, quando pertinente, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* ou Considerações Finais deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

2. Arquivo

- Formato doc, .docx ou .rtf

3. Papel

- A4

4. Margens

- 2,5cm

5. Quantidade de páginas

- Artigos Originais: até 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- Artigos de Revisão: até 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- Carta ao Editor: até 1 pág.
- Resenha: até 3 pág.
- Página do estudante: até 2 págs.

6. Fonte (no texto)

- Times New Roman, tamanho 12

7. Fonte (nas tabelas)

- Times New Roman, tamanho 12

8. Espaçamento entre linhas (no texto)

- Duplo, desde o título até as referências

9. Espaçamento entre linhas (nas tabelas)

- Pode ser espaçamento simples

10. Título (do artigo)

- Em português, inglês e espanhol (o primeiro título deve ser o título do idioma do artigo, e cada título deve estar antes do resumo do mesmo idioma)
- Conciso, porém informativo
- Negrito
- Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

11. Título (das tabelas)

- Localizado acima da tabela
- Breve, porém informativo, indicando-se o que se pretende representar na tabela. Quando se tratar de dados coletados, informar ao final do título a cidade da coleta, a sigla do Estado, o país e o ano da coleta de dados.

12. Título (das figuras)

- Localizado abaixo da figura

13. Resumo

- Em português, inglês e espanhol
- Até 120 palavras cada um
- Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- Redigido em um único parágrafo
- Incluir o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.
- Os Ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.
- Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, e citações de autores.

14. Descritores

- Mínimo de 3 e máximo de 6
- Em português, inglês e espanhol
- Selecionados da lista de [Descritores em Ciências da Saúde](#) ou [Mesh](#)
- Separados entre si por ponto e vírgula
- Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

15. Formatação não permitida (no meio do texto)

- Negrito, sublinhado, caixa alta, listas numeradas ou lista com marcadores do MS Word. Para destaques, utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, título das seções e das subseções.

16. Formatação não permitida (nas tabelas)

- Quebras de linhas com a tecla Enter, recuos com a tecla Tab, espaços com a barra de espaço (para separar os dados), texto em caixa alta, sublinhado, marcadores do MS Word, cores nas células

17. Nome das seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

- Negrito

- Caixa alta somente na primeira letra
- Itens não permitidos: itálico, caixa alta, excessivas subseções, subseções com nomes extensos, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word.

18. Falas de sujeitos

- Fonte Times New Roman, tamanho 10, itálico, sem aspas, na sequência do texto.
- Identificadas/Codificadas ao final de cada fala, a identificação/codificação deve estar entre parênteses e sem itálico.

19. Siglas (no texto)

- Descritas por extenso na primeira vez em que aparecem no texto
- Não são permitidas siglas no título do artigo e no resumo

20. Siglas (nas tabelas e figuras)

- Descritas no rodapé das tabelas/figuras, mas sem utilizar símbolos de notas de rodapé. No rodapé da tabela/figura, informar a sigla, dois pontos e sua descrição por extenso. Ex: IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

21. Notas de Rodapé (no texto)

- Indicadas por asterisco e iniciadas a cada página.
- Restritas ao mínimo necessário

22. Notas de rodapé (nas tabelas e figuras)

- Utilizar como símbolos das notas de rodapé: letras alfabéticas, em ordem sequencial, sobrescritas e entre parênteses. Ex: Valor de $p^{(a)}$
- As letras alfabéticas devem aparecer tanto no interior da tabela/figura, quanto na nota de rodapé localizada abaixo da tabela/figura.
- A descrição de siglas em notas de rodapé nas tabelas não precisam utilizar os símbolos (letras alfabéticas). Podem ser informadas no rodapé somente com a sigla e a sua descrição.

23. Citações no texto

- Sequencial, em ordem crescente, sem pular referência, iniciando na citação 1.
- Em números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: ⁽¹⁾

- Várias referências em uma única citação, sendo elas sequenciais: informar somente a primeira e a última referência, com um traço entre as duas. Ex: ⁽⁵⁻⁹⁾
- Várias referências em uma única citação, sendo elas intercaladas e não sequenciais: informar todas as referências separando-as por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ^(8,14,21)
- Várias referências em uma única citação, sendo elas intercaladas e sequenciais: utilizar as duas orientações acima em uma mesma citação. Ex: ^(5-9,14,21)
- Quando as citações forem inseridas ao lado de um ponto final ou vírgula, como acontece na maioria dos casos, elas devem estar localizadas antes destes, e não após.
- Citações “ipsis literes”: entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.
- Itens não permitidos: espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede; indicação da página consultada; nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico; citações nas Conclusões.

24. Referências

A veracidade dos dados que compõem cada referência e a exatidão do formato são de responsabilidade dos autores.

As citações de autores e de periódicos nas bases de dados é altamente relacionada à exatidão das referências informadas pelos autores nos artigos publicados, portanto, solicita-se máximo cuidado e atenção à este item.

- Para o formato das referências, seguir o estilo do [Citing Medicine](#), 2ª edição
- Quantidade máxima de referências: até 25 (Artigos Originais), sem limite (Artigos de Revisão)
- Artigos em português que também foram publicados em inglês devem ser citados em inglês.
- Títulos de periódicos nacionais devem ser abreviados de acordo com o [Catálogo Nacional de Publicações Seriadas \(CCN\)](#)
- Títulos de periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com o [Catálogo da Biblioteca Nacional de Medicina \(NLM\)](#)
- Alguns modelos de referências:

Artigo de periódico

Veronesi U, Maisonneuve P, Decensi A. Tamosifen: an enduring star. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(4):258-60.

Artigo de periódico com mais de seis autores

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. *J Am Coll Surg*. 2005 Jun;200(6):869-75.

Artigo no prelo

Loudon RP, Silver LD, Yee HF Jr, Gallo G. RhoA-kinase and myosin II are required for the maintenance of growth cone polarity and guidance by nerve growth factor. *J Neurobiol*. Forthcoming 2006.

Livro

Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, Glass RM, Glitman P, Lantz JC, et al. American Medical Association manual of style. 9th ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1998. 660 p.

Capítulo de livro

Whiteside TL, Heberman RB. Effectors of immunity and rationale for immunotherapy. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Bast RC Jr, Gansler TS, Holland JF, et al., editors. *Cancer medicine* 6. Hamilton (ON): BC Decker Inc; 2003. p. 221-8.

Tese e Dissertação

Jones DL. The role of physical activity on the need for revision total knee arthroplasty in individuals with osteoarthritis of the knee [dissertation]. Pittsburgh (PA): University of Pittsburgh; 2001. 436 p.

Roguskie JM. The role of *Pseudomonas aeruginosa* 1244 pilin glycan in virulence [master's thesis]. Pittsburgh (PA): Duquesne University; 2005. 111 p.

Documentos de Internet

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2000 [cited 2006 Nov 1]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

25. Tabelas

- Devem ser elaboradas com a ferramenta para construção de tabelas do software editor de texto Word
- Os dados das tabelas devem ser separados corretamente por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja dentro de uma célula. Nunca separar dados em uma tabela utilizando-se a barra de espaço ou a tecla Tab do teclado
- Traços internos nas tabelas devem estar somente abaixo do cabeçalho, acima deste e na parte inferior da última linha da tabela
- Não deixar células vazias na tabela (sem dados)
- Quantidade máxima de tabelas: até 5 itens entre tabelas e figuras
- Tamanho máximo: até uma página. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto.
- Inserção e menção das tabelas no texto: inseri-las logo após a primeira menção no texto (é obrigatório mencioná-las no texto)
- Valores monetários nas tabelas: podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares, deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, e se apresentados em salários mínimos, deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país, também em nota de rodapé.

26. Figuras

- São figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.
- As figuras não devem repetir dados já apresentados nas tabelas.
- Quantidade máxima: até 5 itens entre tabelas e figuras
- Tamanho máximo: desejável até 16x10cm (para gráficos, imagens e fotos). Quando a figura for um quadro desenhado com a ferramenta para construção de tabelas do Word, a mesma pode ter tamanho de até uma página
- Resolução: desejável 900 dpi
- Nítida
- Inserção e menção no texto: inserir logo após a primeira menção no texto (é obrigatório mencioná-la no texto)
- Figuras extraídas de outros trabalhos: enviar permissão do autor para a reprodução.
- Fotos de sujeitos: não devem identificar os sujeitos. Se identificá-los, deve-se enviar permissão para fins de divulgação.