



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública



Daniela Karina da Silva Ferreira

**CONDIÇÕES DE SAÚDE, DE TRABALHO E
MODOS DE VIDA DE POLICIAIS MILITARES:
ESTUDO DE CASO NA CIDADE DO RECIFE-PE**

RECIFE
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DANIELA KARINA DA SILVA FERREIRA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE, DE TRABALHO E
MODOS DE VIDA DE POLICIAIS MILITARES:
ESTUDO DE CASO NA CIDADE DO RECIFE-PE**

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães – FIOCRUZ para obtenção do título
de Doutora em Ciências.
Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Dr^a Lia Giraldo da Silva Augusto

RECIFE
2009

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

F383c Ferreira, Daniela Karina da Silva.

Condições de saúde, de trabalho e modos de vida de policiais militares/ Daniela Karina da Silva Ferreira. — Recife: D. K. S. Ferreira, 2009.

172. f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Lia Giraldo da Silva Augusto.

1. Saúde do trabalhador. 2. Estilo de vida. 3. Condições de trabalho. 4. Conduta de saúde. 5. Condições sociais. I. Augusto, Lia Giraldo da Silva. II. Título.

CDU 331.47

Daniela Karina da Silva Ferreira

**Condições de Saúde, de Trabalho e Modos de Vida de Policiais Militares:
estudo de caso na cidade do Recife-PE**

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães – FIOCRUZ para obtenção do título
de Doutora em Ciências.
Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Profa. Dra. Maria Luisa Carvalho de Lima
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Profa. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof. Dr. Moab Duarte Acioli
Universidade Católica de Pernambuco/UNICAP

Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas
Centro de Desportos/UFSC

À **Mariana** (minha filha), muito desejada e amada, que nasceu no percurso deste trabalho.
Com sua graça e alegria me dá forças e me motiva a alcançar meus objetivos e sonhos!

AGRADECIMENTOS

Ao Jean (marido) e aos meus pais, Etiene (mãe) e Eudes (pai) que me apoiaram e me incentivaram.

À minha orientadora, Dra. Lia Giraldo pelo aprendizado, disponibilidade e amizade.

Aos policiais militares do Comando de Policiamento da Capital, Recife-PE, pela disponibilidade e colaboração e, em especial, ao Cel. Romero Paiva por toda a confiança e incentivo, muito obrigada!

Aos professores e colegas do doutorado pelas trocas de experiências e pelas novas amizades, em especial, as amigas: Solange, Cristine, Joria e Denize.

Aos colegas do LASAT - Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho, pelas contribuições e momentos de descontração.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), em especial, a Nilda por sua paciência, dedicação e competência.

Aos colegas e professores do Departamento de Métodos Quantitativos do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), que me foram solícitos e colaboraram para a realização deste trabalho.

Quero registrar também meus agradecimentos a Jaqueline e a Clara por suas contribuições na tabulação e revisão de texto, imprescindíveis para a realização deste trabalho.

Minha gratidão a todos que me apoiaram e ajudaram a concretizar este trabalho.

“Todos vós, que amais o trabalho desenfreado (...), o vosso labor é
maldição e desejo de esquecerdes quem sois”.

Friedrich Nietzsche

FERREIRA, Daniela Karina da Silva. **Condições de saúde de trabalho e modos de vida de policiais militares: estudo de caso na cidade do Recife-PE.** 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

RESUMO

Devido à complexidade do trabalho que o policial exerce atualmente, o desgaste no trabalho e suas condições de saúde são questões pouco estudadas e motivos desta investigação. Como *objetivo* geral este estudo se propôs a: analisar as condições de saúde, de trabalho e os modos de vida e identificar possíveis inter-relações em policiais militares. Caracterizado como um estudo de caso com uma abordagem epidemiológica de corte transversal. A amostra composta por 288 policiais militares (PM) do Comando de Policiamento da Capital, Recife-PE. Os *dados* coletados mediante questionário semi-estruturado (contendo informações: biosociodemográficas, caracterização do trabalho, conteúdo do trabalho, condições de saúde e modos de vida). O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do CpQAM/FIOCRUZ. A *análise dos dados*: realizada com utilização de ferramentas de informática (planilha eletrônica Microsoft Excel e pacote estatístico SPSS-8.0 para Windows) e aplicados os procedimentos da estatística descritiva e análises de associações (p -valor < 0,05). Nos *resultados*: a maioria apresentou sobrepeso/obesidade (70%), três ou mais queixas de saúde (60%), pelo um diagnóstico médico (72%). No entanto, grande parte percebeu a saúde como positiva (66%). No estilo de vida, identificaram-se: 12% como fumantes, 17% com consumo abusivo de bebidas alcoólicas, 73% como insuficientemente ativos e 42% se envolviam em conflitos de forma freqüente ou às vezes. A maior parte está na profissão a um longo período (\geq 18 anos; 54%), com uma carga de trabalho e excessiva (\geq 48 hora/semana; 57%). O trabalho foi classificado como predominantemente insatisfatório nas demandas físicas, psicológicas e no suporte social dos superiores. O mais importante modelo de associação revelou como os principais condicionantes da percepção da saúde com riscos à saúde: a idade acima de 39 anos (OR=2,70), a cor da pele branca/amarela, o envolvimento em conflitos (OR=2,48), o baixo nível de atividades físicas (OR=3,30), o trabalho fora da instituição (OR=2,33), a carga horária de trabalho acima de 48 horas/semana (OR=2,40) e a baixa satisfação com o trabalho na Polícia (OR= 2,55). As *conclusões*: os aspectos da organização do trabalho relativos às cargas excessivas, o nível insuficiente de atividades físicas e o freqüente envolvimento em conflitos são as principais vulnerabilidades à saúde e os elementos mais importantes para a percepção coletiva de risco para a saúde.

Palavras-chaves: Saúde do trabalhador. Estilo de vida. Condições de Trabalho. Conduta de Saúde. Condições Sociais.

FERREIRA, Daniela Karina da Silva. **Work Health Conditions and Lifestyles of Military Police Officers: a case study in the city of Recife - PE.** 2009. Thesis (PhD in Public Health) – Researches Center Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2007.

ABSTRACT

Due to the complexity of the work that the police officer currently exercises, the wearing at work and their lifestyles are little studied issues and they are the reasons of this investigation. As a general objective, this study proposes to: analyze the work conditions, lifestyles and health and identify possible inter-relations in military police officers, characterized as an case study with a epidemiological approach of transversal cohort. The sample was made of 288 military police officers (MP) from the Command of Policing of the Capital, Recife-PE. *Data* collected through semi-structured questionnaire (containing information: biosociodemographical, characterization of the work, content of the work, health conditions and lifestyles). The project of this study was approved by the Ethics Committee on Research from CpQAM/FIOCRUZ. The *data analysis* was performed with the use of computerized tools (Microsoft Excel electronic spread sheet and SPSS-8.0 statistical pack for Windows) and it was applied the procedures of descriptive statistic and analysis of associations ($p\text{-value} < 0,05$). In *the results*: the majority presented overweight/obesity (70%), three or more, health complaints (60%), at least one medical diagnosis (72%). Nevertheless, a great number considered health as positive (66%). In lifestyle, it was identified: 12% as smokers, 17% with abusive consumption of alcoholic drinks, 73% as insufficiently actives and 42% were frequently of sometimes involved in conflicts. Most of them have been in the profession for a long period (≥ 18 years; 54%), with an excessive working load (≥ 48 hour/week; 57%). The work was classified as predominantly unsatisfactory in the physical, psychological demands and in the social support from their superiors. The most important association model revealed as the principal determinants of health perception with risks to health: age over 39 years (OR=2,70), white/yellow skin color, involvement in conflicts (OR=2,48), low level of physical activities (OR=3,30), working outside the institution (OR=2,33), working hours above 48 hours/week (OR=2,40) and the low satisfaction with the work in the Police (OR= 2,55). *The conclusions*: the aspects of the work organization related to the excessive loads, the insufficient level of physical activities and the frequent involvement in conflicts are the main vulnerabilities to health and the most important elements for the collective perception of risk to health.

Key-words: Workman Health. Lifestyle. Working Conditions. Health Conduct. Social Conditions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	36
Figura 2 - Representação do modelo “demanda-controle” segundo Karasek e Theorell (1990)...	47
Figura 3 - Condicionantes da saúde do policial militar.....	78
Figura 4 - Atividades no lazer realizada por policiais militares (Recife-PE, 2007).....	101
Figura 5 - Fatores do Estilo de vida não saudáveis dos policiais militares (Recife-PE, 2007)	102
Figura 6 - Queixas de saúde referidas por policiais militares (Recife-PE, 2007).....	104
Figura 7 - Diagnósticos médicos referidos por policiais militares (Recife-PE, 2007).....	105
Figura 8 - Indicadores gerais das condições e estilo de vida, do trabalho e da saúde de acordo a classificação de situações de risco a saúde em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Amostragem estratificada proporcional por batalhão e hierarquia dos Policiais Militares (Recife-PE, 2007).....	83
Tabela 2 - Caracterização biosociodemográfica dos policiais militares (Recife-PE, 2007).....	94
Tabela 3 - Características do trabalho (variáveis quantitativas) de policiais militares (Recife-PE, 2007).....	94
Tabela 4 - Características do trabalho (variáveis qualitativas) dos policiais militares (Recife-PE, 2007).....	95
Tabela 5 - Descrição dos EPIs acidentes no trabalho e condições de insegurança referidas pelos policiais militares (Recife-PE, 2007).....	96
Tabela 6 - Distribuição das respostas às questões sobre o conteúdo de trabalho dos policiais militares (Recife-PE, 2007).....	98
Tabela 7 - Descrição das escalas do conteúdo do trabalho de policiais militares (Recife-PE, 2007).....	99
Tabela 8 - Distribuição das categorias do modelo “demanda-controle” para os policiais militares (Recife-PE, 2007).....	99
Tabela 9 - Hábitos de atividades físicas (minutos/semana) dos policiais militares (Recife-PE, 2007).....	100
Tabela 10 – Condições de vida dos policiais militares (Recife-PE, 2007).....	103
Tabela 11 - Descrição das condições de saúde dos policiais militares (Recife, PE, 2007).....	106
Tabela 12 - Distribuição de morbidades referidas de acordo com os conteúdos de trabalho associados em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	107
Tabela 13 – Distribuição do excesso de peso corporal de acordo com os aspectos do conteúdo de trabalho associados em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	107
Tabela 14 – Distribuição da percepção da saúde geral negativa de acordo com o conteúdo de trabalho associadas em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	108
Tabela 15 - Distribuição da morbidade referida (situação de maior risco à saúde) de acordo com as características biosociodemográficas em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	110
Tabela 16 - Distribuição da morbidade referida (situação de maior risco à saúde) de acordo com o estilo de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	110
Tabela 17 - Distribuição da morbidade referida (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	111
Tabela 18 – Distribuição da morbidade referida (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições do trabalho em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	112
Tabela 19 – Modelo final da morbidade referida** (situação de maior risco a saúde) ajustado pelas características biosociodemográficas, condições de trabalho e modos de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	113
Tabela 20 - Distribuição do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) de acordo com as características biosociodemográficas em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	113
Tabela 21 - Distribuição do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) de acordo com o estilo de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	114
Tabela 22 - Distribuição do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	114
Tabela 23 – Distribuição do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições do trabalho em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	115
Tabela 24 – Modelo final do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) ajustado pelas características biosociodemográficas, condições de trabalho e	

modos de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	116
Tabela 25 - Distribuição da percepção da saúde geral negativa (situação de maior risco a saúde) de acordo com as características biosociodemográficas em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	117
Tabela 26 - Distribuição da percepção da saúde geral negativa (situação de maior risco à saúde) de acordo com o estilo de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	118
Tabela 27 - Distribuição da percepção da saúde geral negativa (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	118
Tabela 28 - Distribuição da percepção da saúde geral negativa (situação de maior risco a saúde) de acordo com as condições do trabalho em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	119
Tabela 29 – Modelo final da percepção do estado da saúde geral negativa** (situação de maior risco a saúde) ajustado pelas características biosociodemográficas, condições de trabalho e modos de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).....	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos que utilizaram a palavra “risco” em publicações no campo da saúde no período de 2000 a 2005.....	31
Quadro 2 – Estudos que utilizaram a palavra “causalidade” em publicações no campo da saúde no período de 2000 a 2005.....	32
Quadro 3 - Organização das hierarquias nas Polícias Militares.....	58
Quadro 4 - Comandos e Unidades Operacionais da Polícia Militar de Pernambuco.....	62
Quadro 5 - Descrição das categorias, variáveis e valores das variáveis de estudo.....	84
Quadro 6 - Instrumentos e suas respectivas fontes utilizadas na composição do questionário semi-estruturado.....	86
Quadro 7 - Classificação das variáveis conforme os grupos por situações de menor e maior risco para análises descritivas e de associação.....	89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
Justificativa.....	20
Hipótese.....	20
Pergunta Condutora.....	20
Objetivo Geral.....	21
Objetivos Específicos.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Condições e riscos de saúde	23
2.1.1 Investigação da causalidade e do risco em saúde.....	23
2.1.2 Implicações na tomada de decisões na investigação da causalidade e do risco em saúde.....	26
2.1.3 Condições de saúde: determinantes e indicadores.....	33
2.1.4 Doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão, diabetes e obesidade.....	38
2.2 Condições de trabalho do policial militar	43
2.2.1 Condições de Trabalho: organização, ambiente e relações humanas e conteúdo.....	43
2.2.2 Contextualizando a saúde do trabalhador.....	49
2.2.3 O policial militar e o contexto de trabalho.....	53
2.2.4 Polícia Militar do Estado de Pernambuco: história, missão e estrutura organizacional.....	55
2.3 Modos de vida	63
2.3.1 Modos de vida: condições de vida e estilo de vida	63
2.3.2 Estilo de vida: consumo de bebidas alcoólicas e suas implicações na saúde.....	67
2.3.3 Estilo de vida: hábito de fumar e suas implicações na saúde.....	70
2.3.4 Estilo de vida: hábitos de atividades físicas e de lazer e suas implicações na saúde.....	72
2.3.5 Estilo de vida: estresse e envolvimento em situações de conflitos e suas implicações na saúde	76
2.4. Modelo explicativo	78
3. MÉTODO	79
3.1 Desenho	80
3.2 Sujeitos da pesquisa e período	80
3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	81
3.3 Variáveis do estudo	82
3.4 Fonte de dados	85
3.5 Instrumentos de coleta de dados	86
3.6 Procedimentos para coleta de dados	86
3.7 Plano de análise	87
3.8 Tratamento estatístico dos dados	89
3.9 Limitações do estudo	90
3.10 Considerações éticas	90
4 RESULTADOS	92
4.1 Descrição do perfil biosociodemográfico de um grupo de policiais militares do Recife-PE..	93
4.2 Características do trabalho de um grupo de policiais militares do Recife-PE.....	94

4.3 Avaliação do conteúdo do trabalho de um grupo de policiais militares do Recife-PE.....	96
4.4 Descrição dos modos de vida de um grupo de policiais militares do Recife-PE.....	100
4.5 Identificação das condições de saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE.....	103
4.6 Associações entre o conteúdo de trabalho e a saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE.....	106
4.7 Condicionantes da saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE frente as inter-relações com as condições de trabalho e os modos de vida.....	109
5 DISCUSSÃO.....	121
5.1 Análise do perfil biosociodemográfico de um grupo de policiais militares do Recife-PE.....	123
5.2 Análise das condições de trabalho (características e conteúdo) de um grupo de policiais militares do Recife-PE.....	124
5.3 Análise dos modos de vida de um grupo de policiais militares do Recife-PE	127
5.4 Análise das condições de saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE.....	130
5.5 Análise dos condicionantes da saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE frente as inter-relações com as condições de trabalho e os modos de vida.....	132
6. CONCLUSÕES	134
RECOMENDAÇÕES.....	137
REFERÊNCIAS.....	138
ANEXOS.....	154
Anexo A – Questionário semi-estruturado.....	155
Anexo B – Carta de Anuência da Instituição Polícia Militar.....	162
Anexo C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	164
Anexo D – Formulas para construção da escala do JCQ	166
Anexo E – Declaração de compromisso da pesquisadora	169
Anexo F – Parecer do Comitê de Ética (CEP/CpQAM).....	171

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O panorama atual, principalmente dos grandes centros urbanos e das áreas mais industrializadas, é de profunda mudança nos modos de vida da população. Essas mudanças têm ocorrido, sobretudo, devido aos novos padrões produtivos e de consumo, ao avanço tecnológico, às insuficientes políticas públicas e ao modelo de desenvolvimento, ligado à lógica de mercado que impõe a competitividade e a concentração de renda, fazendo crescer a desigualdade e desamparo social, o desemprego e a desestruturação familiar. Nesse cenário, a violência e a criminalidade se destacam e exigem um novo pacto social e profundas mudanças sociais e de valores humanitários para a sua superação.

Significativa parte da população tem sofrido perdas econômicas, culturais e da qualidade ambiental, tudo se interligando para uma perda da qualidade de vida. Desse modo, as pessoas têm sido expostas a situações desfavoráveis para a saúde, decorrentes desse processo complexo de crescente dependência tecnológica de interesse mercantil, ampliando os riscos à saúde através do hábito de fumar; consumo abusivo de álcool e outras drogas; alimentação com baixa qualidade nutricional (produzida a custo de fertilizantes, agrotóxicos, hormônios, aditivos e conservantes); deficiente comunicação social; baixo nível educacional; e sedentarismo. Esses fatores estão entre outros que contribuem para o aumento das taxas de morbidade e mortalidade precoce (INCA, 2004a).

A compreensão do processo saúde-doença através da abordagem clássica dos fatores de risco não é suficiente como um modelo explicativo. A saúde deve ser entendida em sua dimensão global. O enfoque da complexidade reconhece que os elementos bio-sócio-ambientais e produtivos relacionam-se de modo interdependente e interdefinível (AUGUSTO; FREITAS; TORRES, 2002). Segundo Augusto, Florêncio e Carneiro (2001) a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Para compreender melhor o processo saúde-doença, é importante que sejam realizados estudos em grupos populacionais vulneráveis para possibilitar, de forma mais satisfatória, a vigilância das mudanças nos modos de vida das pessoas e a identificação das implicações para a saúde, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções mais eficientes. No Brasil, um estudo realizado nas principais capitais do país e no Distrito

Federal levantou informações sobre situações de riscos para doenças e agravos não transmissíveis. A amostra por domicílio foi composta por indivíduos com 15 anos de idade ou mais, num total de 23.457 participantes. Dentre os resultados, constatou-se uma prevalência que variou entre as capitais brasileiras e o Distrito Federal de 32,4% a 58,6% para o consumo de bebidas alcoólicas; 32,5 a 46,4% para o excesso de peso corporal; de 12,9 a 25,2% para os fumantes; 28,2% a 54,5% para os insuficientemente ativos (INCA, 2004a).

Os lugares onde as pessoas vivem e trabalham apresentam distintas dinâmicas sociais e conseqüentemente criam diferentes contextos que pressionam, possibilitam situações nocivas e as expõem a fatores de risco para a saúde. O local de trabalho é um espaço social onde o indivíduo passa boa parte de seu tempo de vida e onde tem menor grau de liberdade para o estabelecimento de estratégias defensivas de proteção da sua saúde. Além disso, as normas contratuais de trabalho e os valores culturais podem também constituir situações de nocividades para a saúde. Pelo fato do Estado regular as normas do direito do trabalho é de sua responsabilidade fiscalizar medidas de proteção da saúde. Sendo assim, o local de trabalho é um espaço privilegiado para as políticas públicas de melhoria das condições de vida de quem nele trabalha (MACHADO; PORTO, 2003).

Em decorrência do lugar de destaque em que o trabalho ocupa na vida das pessoas, como fonte de garantia da reprodução social, a falta ou ameaça de perda deste promove sofrimento. O trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido, com más condições e sem possibilidade de comunicação espontânea pode ser fonte de sofrimento mental (BRASIL, 2001). Por outro lado, condições favoráveis nos ambientes de trabalho referentes ao uso das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos mesmos têm sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho seja fonte de prazer, bem-estar e saúde (KARASEK; THEORELL, 1990; DELCOR et al., 2004).

Nas sociedades modernas, diversas alterações têm sido evidenciadas com relação às atividades do trabalho e do ganho de capital. Segundo NAVARRO (2003), uma das principais características do novo padrão de acumulação do capital tem sido a intensificação da força de trabalho, seja por meio de novas tecnologias, pela utilização de novas formas de organização da produção e de trabalho desregulamentado (contratos precários, subcontratações); e piora nas condições de trabalho. Esses aspectos, cada vez mais presentes na modernidade, têm ocasionado o aumento de doenças relacionadas ao trabalho e criado condições que levam ao aumento da probabilidade de acidentes

causadores de incapacidades temporárias, permanentes ou mesmo mortes de trabalhadores, evidenciando assim associação entre eventos de saúde e trabalho (ibid).

Dados nacionais do anuário estatístico da Previdência Social de 2007, registraram aproximadamente 653,1 mil acidentes do trabalho no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Os acidentes do trabalho registrados no ano de 2007 aumentaram em apenas 3,7% em comparação ao ano de 2006. Do total de acidentes registrados, os acidentes típicos representaram 80,7%, os de trajeto 15,3% e as doenças do trabalho 4%, sendo maior a proporção destes nos homens (BRASIL, 2007). Na distribuição por setor de atividade econômica, excluídos os dados de atividade “ignorada”, do total de acidentes registrados, o setor agrícola participou com 5,1%, o setor de serviços com 45,6% e o setor de indústrias com 49,3%. Estas informações não possibilitam identificar o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no nosso país, mediante as suas condições de trabalho, condições de vida e categoria profissional. Além do que, representam somente aqueles trabalhadores que tiveram registro na Previdência Social por licença, invalidez ou morte.

No ambiente de trabalho, os processos de desgastes físico e mental são determinados em grande parte pelo tipo de trabalho realizado e pela forma como esse está organizado (DELCOR et al., 2004). Neste sentido, é relevante que cada categoria profissional seja investigada de modo particular, para que se possam reconhecer as suas vulnerabilidades e promover ações de saúde mais eficazes. No caso dos policiais, as suas condições de trabalho, os modos de vida e saúde necessitam de uma investigação que considere o panorama atual de crescente violência e criminalidade como parte do contexto da determinação social de sua saúde.

O trabalhador policial militar

Os policiais militares, como servidores públicos estaduais, estão protegidos por uma legislação específica. No exercício da sua atividade de manutenção da segurança e da ordem pública, se diferenciam dos demais servidores por seu ambiente de trabalho, pelas situações diversificadas e específicas de trabalho, pela exposição rotineira às situações de riscos à saúde e à vida, tais como: rotina padronizada, horas-extras freqüentes, estresse, insegurança, equipamentos de segurança inadequados, entre outras (MINAYO, SOUZA; CONSTANTINO, 2008).

O descuido com a saúde dos policiais militares, enquanto trabalhadores, é pouco visível frente às circunstâncias internas do sistema organizativo da instituição em que

trabalham. No Brasil, a literatura especializada sobre a saúde e o trabalho dos policiais é ainda restrita. Uma particularidade dessa categoria profissional é o preconceito negativo da população e de intelectuais sobre os policiais, possivelmente pelo imaginário constituído no processo de repressão, acirrado nos períodos de falta de democracia política do Estado brasileiro. Após o período do regime militar, de 1964 a 1985, a segurança pública vem se consolidando como importante questão da construção democrática e objeto de estudo das ciências sociais.

Com o crescente aumento da violência e da criminalidade no país, a pesquisa no campo da segurança pública tem se tornado cada vez mais relevante. Segundo Souza e Minayo (2005), a cidadania dos policiais, suas condições de vida, saúde e trabalho são questões emergentes da investigação científica.

Uma análise sobre a vitimização de policiais no país verificou a morbimortalidade por acidentes e violências em guardas municipais, policiais militares e civis do Rio de Janeiro, entre 1994 e 2004, e concluiu que a mortalidade foi bem maior entre policiais militares quando comparado com os demais (SOUZA; MINAYO, 2005).

Alguns estudos nacionais já realizados com policiais abordaram aspectos sócio-ocupacionais e identificaram precárias condições de trabalho e saúde, como jornadas de trabalho excessivas, más condições de materiais de trabalho, efetivo humano insuficiente, elevado nível de sofrimento mental (MINAYO; SOUZA, 2003; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008), inadequadas condições de infra-estrutura e organizacional, baixo nível de atividade física e elevada freqüência de queixas de saúde (FERNANDES et al., 2002).

Segundo Spode e Merlo (2006) a excessiva carga de trabalho combinada às precárias condições laborais são fatores significativos de pressão e desgaste físico e mental entre policias.

A investigação das condições de trabalho e saúde de policias militares é importante quando se considera o papel fundamental do policial militar na nossa sociedade, a sua exposição às situações de riscos no exercício da profissão e o grande desconhecimento das conseqüências desse contexto para a sua saúde.

O ofício de polícia é historicamente marcado por condutas autoritárias fruto também de uma cultura institucional com a mesma característica que é justificada pela função de combate à criminalidade. Além do legítimo papel constitucional de protetor e mantenedor da ordem e da paz, a instituição policial marca sua presença, também, como fonte geradora de violência (exercício ilegítimo da força) contra a cidadania e os direitos humanos, comprometendo o processo de construção do Estado Democrático e de Direito

(COSTA, 2004). Destaca-se que são freqüentes as críticas e denúncias relativas aos abusos e excessos de violência cometidos por instituições e/ou agentes policiais contra pessoas, ferindo-lhes os direitos garantidos.

O modo de organização do trabalho do policial militar é gerador de sofrimento para os que nele estão envolvidos. O sofrimento psíquico decorrente da vivência cotidiana com esses processos conflitantes é um fato. Este, de um modo geral, é ocultado ou do próprio trabalhador ou da sociedade, promovendo mecanismos de defesa coletiva pouco saudáveis, o que faz ampliar o seu potencial patogênico (DEJOURS, 1988).

Para uma mudança desse contexto negativo em favor da saúde é fundamental a valorização dos policiais, melhorando suas condições de vida e de trabalho (MINAYO; SOUZA, 2003). A inclusão de novos modelos e novas práticas de organização do trabalho, voltado para o cumprimento de sua missão maior de proteção dos cidadãos, é uma necessidade não só dos policiais militares, mas de toda a sociedade (COSTA, 2004).

Mediante levantamento bibliográfico em bases de dados como: Medline, Lilacs e o Scielo de 1990 a 2006 e banco de teses e dissertações, foram localizados alguns estudos nacionais e internacionais sobre a saúde de policiais. Dentre estes: Araújo et al., (2004) avaliaram o nível de atividade física, a percepção do estresse, e o consumo de álcool e fumo em policiais militares de João Pessoa - Brasil; Asfora (2004) analisou a qualidade de vida no trabalho de PMs da Região Metropolitana do Recife-PE; Souza (2004) caracterizou o perfil sócio – epidemiológico e consumo de álcool em PMs da radiopatrulha de PE; Deschamps et al. (2003) avaliaram o nível de estresse em um grupo de policiais franceses; Giovanoli et al. (1999) investigaram impactos da exposição à poluição do ar em policiais de tráfego italianos; Silveira (1998) investigou a aptidão física relacionando com indicadores de capacidade de trabalho e qualidade de vida em policiais bombeiros da cidade de Florianópolis; Ohno (1995) verificou o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em policiais japoneses; e, Velho (1994) analisou a aptidão física de policiais militares do Estado de Santa Catarina. Grande parte desses estudos realizou apenas uma descrição dos aspectos de interesse, mas não se observou uma preocupação em articular com o contexto de trabalho e vida.

Dois estudos realizados com policiais civis e militares do Rio de Janeiro - RJ fizeram um amplo levantamento caracterizando de modo minucioso as condições de trabalho e a saúde destes profissionais (MINAYO; SOUZA, 2003; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008), porém não apresentaram relações entre os aspectos investigados.

Justificativa

As informações disponíveis nos sistemas de saúde, de trabalho e previdência social não possibilitam uma boa caracterização do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, frente aos seus condicionantes, particularmente em se tratando de grupos de risco específicos. Essas informações são importantes para organização da atuação médica e social aos trabalhadores, orientações para melhoria da segurança e do ambiente de trabalho.

Além da escassez de dados sobre as condições de trabalho, os modos de vida e as relações destes com a saúde de policiais militares, a complexidade do seu trabalho é pouco reconhecida.

A relevância deste estudo para o campo da saúde do trabalhador está na compreensão das relações entre trabalho, os modos de vida e a saúde dos trabalhadores, contribuindo, assim, para a promoção e proteção da saúde e para a transformação dos processos e dos ambientes de trabalho, tornando-os mais humanizados e com menos riscos quanto à integridade física e mental dos policiais militares.

Hipótese

Determinadas condições especiais de trabalho e dos modos de vida dos policiais militares constituem condicionantes da saúde e estão relacionadas com as situações de maiores riscos à saúde nessa categoria profissional.

Pergunta Condutora

Quais os elementos das condições de trabalho e dos modos de vida que se relacionam com a saúde de policiais militares?

Objetivo Geral

Analisar as condições de saúde, de trabalho e os modos de vida e identificar possíveis inter-relações em policiais militares.

Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil biosóciodemográfico (idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, número de filhos, escolaridade) dos policiais militares;
- b) Caracterizar a atividade de trabalho dos policiais militares (tempo de serviço, local de trabalho, carga horária, função, horário de trabalho, turno, folgas no trabalho, hora extra, trabalho fora da polícia, uso de equipamentos individuais de segurança, acidentes no trabalho, condições de insegurança, freqüência de treinamentos e satisfação com o trabalho);
- c) Avaliar o conteúdo do trabalho com relação ao controle sobre o trabalho, as demandas psicológicas e físicas e ao suporte social;
- d) Descrever os modos de vida dos policiais militares quanto ao estilo de vida (hábitos de atividades físicas e de lazer, consumo de álcool e fumo) e as condições de vida (nível econômico, número de pessoas na casa, número de cômodos e propriedade da casa);
- e) Identificar as condições de saúde dos policiais militares em relação à percepção do estado da saúde geral, morbidades referidas, uso regular de medicamentos e excesso do peso corporal;
- f) Apresentar subsídios para a vigilância à saúde segundo as vulnerabilidades encontradas mediante a compreensão das inter-relações entre as condições de saúde, de trabalho e modos de vida dos policiais militares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Condições e riscos de saúde

2.1.1 Investigação da causalidade e do risco em saúde

A causalidade é uma questão central em Epidemiologia, tendo em vista ser seu objeto principal para o entendimento do processo saúde-doença é um dos pontos mais polêmicos na história dessa área do conhecimento. A identificação da causa é uma das maneiras do pensamento científico inferir a explicação da origem dos fenômenos.

A causalidade foi trabalhada na Epidemiologia a partir da busca da “causa verdadeira” e “específica” da doença (CZERESNIA; ALBUQUERQUE, 1995). Com a identificação de agentes específicos responsáveis pela transmissão das doenças infecciosas este enfoque foi reforçado. Com o aumento da prevalência das doenças não transmissíveis em que o agente etiológico não é tão evidente, os modelos de causalidade clássica não foram mais suficientes para compreender o surgimento dessas enfermidades. Desse modo, o causalismo de base biológica e todo tipo de determinação naturalista, por associações probabilísticas de natureza causal, traduzidos por um determinado conceito de risco tiveram que ser revistos (AYRES, 1997).

O fato de as doenças transmissíveis, a despeito dos avanços terapêuticos e da prevenção por imunoterápicos, estarem emergindo ou re-emergindo, em países que obtiveram um efetivo controle ou que são passíveis de controle, fez com que houvesse uma revisão no que se chamou “transição epidemiológica”. Acreditava-se que os países em desenvolvimento, ao resolverem seus problemas sócio-ambientais, alcançariam o mesmo perfil epidemiológico dos países desenvolvidos, mas o que se tem observado é uma tendência destes últimos sofrerem surtos epidêmicos, enquanto aqueles a mantêm um duplo perfil epidemiológico entre doenças transmissíveis e não-transmissíveis.

De um modo geral, o perfil epidemiológico dos países em desenvolvimento apresenta um quadro de morbimortalidade semelhante à dos países desenvolvidos, em relação às principais causas de morte e internação hospitalar, em que as doenças cardiovasculares e o câncer ocupam os primeiros lugares. Um diferencial entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento é a constatação de que as causas externas

relacionadas com a violência urbana e rural, os acidentes de trânsito e de trabalho e as intoxicações químicas são hoje características dos países em desenvolvimento. Mesmo apresentando alguns indicadores semelhantes o modo de adoecer é distinto nas populações segundo suas vulnerabilidades e iniquidades.

Nos países em desenvolvimento, o quadro epidemiológico é uma decorrência da industrialização tardia, dentro de um processo internacional de divisão mundial da produção, que envolve, no início da década de 70, a exportação de riscos do Norte para o sul do planeta; do intenso êxodo rural; explosiva urbanização das cidades, com crescimento das suas periferias em precárias condições sócio-ambientais e de infraestrutura e das políticas de desenvolvimento econômico excludente, mantendo uma profunda desigualdade social e regional, onde se observam bolsões de pobreza convivendo com espaços economicamente privilegiados. Em menos de 50 anos, de um modo geral, os países em desenvolvimento deixaram de ser países agrários e hoje a maioria da população vive nas áreas urbanas.

Neste quadro mundial, o modelo etilogista da doença de tipos mono ou multi causal não são mais suficientes para explicar o processo saúde-doença e orientar as políticas de saúde. A complexidade dos fenômenos envolvidos requer um outro modelo de causalidade que integre as múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença, no qual torna-se relevante rever conceitos e distinguir “risco de causa” e “causa de contexto”.

De acordo com Lieber (2000), causa é o que “produz” e contexto são as condições que, por si, não levam ao acontecimento (efeito), mas que, sem ele, o evento não ocorre. Segundo o referido autor, a causa, de modo geral, pode ser removida a curto prazo, podendo desaparecer, por exemplo, pela adoção de medidas técnicas, já o contexto é mais perene, para modificá-lo é necessária à intervenção nos processos sócio-culturais de forma mais estrutural e não meramente pontual (no efeito ou na causa imediata).

O termo risco é proveniente do campo da seguridade e da economia e evoca probabilidade de ocorrência de um evento num determinado contexto (AUGUSTO, 2001). Como uma medida de associação estatística o termo risco é limitado para inferir diretamente a causa (CZERESNIA; ALBUQUERQUE, 1995). Sobre este assunto, observa-se que diversos estudos têm utilizado de forma controversa e polêmica os termos “risco” e “causa” em saúde.

O conceito de risco na compreensão comum está associado a eventos negativos, apesar de que na sua origem esteve associado ao conceito de seguro. O termo risco é polissêmico e varia dependendo do objetivo em que é empregado. Pode ter sentido de

incerteza, azar, probabilidade tanto para ocorrência de eventos positivos como negativos. Desse modo, risco não se refere meramente à um conceito técnico, mas um conceito social e cultural construído historicamente e que serve a diversos interesses. Portanto, não é um conceito neutro desprovido de subjetividade, quando aplicado nas abordagens da causalidade em saúde (AUGUSTO, 2003).

A confusão que se estabelece quando se utiliza risco (abstração matemática) como causa (dado da realidade) leva a idéia falaciosa de que, pela incorporação da probabilidade nos estudos de causalidade, esta seria suficiente para justificar a recusa do determinismo dos modelos de estudo. A utilização procedimentos estatísticos de amostragem com base no “acaso” na “aleatoriedade” com objetivo de garantir representatividade e eliminar determinados vieses é outro elemento de confusão na interpretação dos resultados em estudos epidemiológicos. Isto é, os procedimentos que são realizados para validação interna dos dados são comumente usados com significado de inferência causal.

A probabilidade (risco) é um cálculo feito a partir da observação da regularidade com que um evento ocorre no passado, em determinado contexto e não pode ser interpretada como uma predição. Risco, assim, é apenas uma medida de associação estatística incapaz de inferir diretamente a causalidade (CZERESNIA; ALBUQUERQUE, 1995). Por esta razão, não se deve extrapolar diretamente o risco calculado para a realidade, sem um processo de ressignificação à luz da complexidade que o envolve. A causa deve ser significada em função do contexto e não do risco (AUGUSTO, 2003).

A causa (o porquê) é pouco relevante quando o que se deseja são as medidas de promoção, proteção e prevenção que se relacionam com os condicionantes responsáveis pela emergência da causa necessária para desencadear o efeito. Neste caso, o mais importante é o contexto (o como), na medida em que ele reúne os elementos que conformam o processo no qual a causa, como um elemento mais imediato, possa produzir de fato o efeito esperado (LIEBER, 1998). Por outro lado, limitar-se ao contexto sem pesquisar a causa (o desconhecido, o inusitado, o acidental) é impossibilitar a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno em sua totalidade (LIEBER, 2000).

No campo da saúde do trabalhador e ambiental, estas questões têm sido discutidas, pois são fundamentais para associar doenças e acidentes com as condições de trabalho. A busca de “nexo-causal” com base no modelo determinista tem sido um fator de produção de injustiça social na medida que, em geral, desconsidera o contexto que condiciona o processo saúde-doença.

Nesse tema, as contribuições de Lieber são inovadoras, ao partir do pensamento do filósofo Nietzsche que aponta a causalidade como um “contra-senso”. Para Nietzsche não existiria a *causa*(lidade), mas sim a *casual*(idade). O mundo não deve ser entendido como um “ser vivo” e o universo como uma “máquina”, pois são entidades desprovidas de “fins” (enquanto sistemas sempre superiores aos das causas). O destaque, deste ou daquele fato, como “causa” ou “efeito” é um posicionamento *arbitrário*, pois desconsidera todos os demais fatores em permeio. Lieber considera que, quando a interpretação causal pressupõe para o mundo um objetivo (um alvo ou uma intenção), esta se reveste de uma forma religiosa de ver as coisas, como se fossem decorrentes do ato da “criação” (LIEBER, 1998).

Quando se considera a causalidade histórica, segundo Nietzsche, aquele que investiga o passado com pretensão de “totalidade”, de “verdade” e de “rigor aos fatos” é “um tolo”, pois alguém “só é capaz de encontrar aquilo que procura” e “só pode procurar aquilo que sabe” (LIEBER, 1998). O fato de causas e fins serem arbitrariedades não implica a impossibilidade de produzir transformações da imaginação. As causas podem sofrer um processo criativo de novas interpretações. É graças à consciência que se garante espaço de ação criativa capaz de determinar novos fins e, conseqüentemente, uma causalidade inteiramente nova (ibid).

2.1.2 Implicações na tomada de decisões na investigação da causalidade e do risco em saúde

A saúde da população faz parte de redes complexas de relações do homem com o ambiente e as suas circunstâncias existenciais e sociais (ANDALIA, 2004), nas quais se incluem também os atos da conduta, do comportamento, de hábitos e das condições de vida. Para seu estudo, é fundamental a incorporação da teoria da complexidade, o que significa a inclusão das interações não lineares dos mecanismos de retroalimentação, da criatividade e da inovação; fazendo, assim, uma ruptura com o pensamento linear (reducionista, determinista) e possibilitando uma melhor compreensão da realidade. Este construto seria algo radicalmente novo no campo de estudo da causalidade em saúde, especialmente para a Epidemiologia, que tem este como seu principal interesse (ANDALIA, 2004; BARATA, 1997).

A realidade é dinâmica, nela um mesmo fenômeno pode variar no tempo e no espaço, admitindo-se alternância entre estado de equilíbrio e de desequilíbrio, de situações revestidas de maior simplicidade e outras de maior complexidade (ANDALIA, 2004).

O conceito complexo de causalidade, dentro de uma determinada escala do processo, não nega *a priori* a existência de relações mais lineares dentro do “sistema de análise”, desde que neste sejam considerados o contexto e o sub-texto ao qual estão inseridos. Isto é, as relações mais lineares só ganhariam significado a partir de uma matriz de sistemas. Trata-se, portanto, de introduzir um método dialético para sistematizar o estudo da causalidade em saúde, conferindo uma hierarquia lógica e carregada de subjetividade (elementos cognitivos) que estão presentes na construção da compreensão da realidade (SAMAJA, 1997). Isto se refere ao fato de que, para investigar sistemas complexos, o modelo causa-efeito não é suficiente, e neste caso seria necessário estabelecer um limite para a inferência causal.

Segundo Andalia (2004), o enfoque da complexidade propõe um modelo de análise diferenciado. Quando aplicado ao estudo da causalidade, as causas devem ser vistas não só como únicas ou múltiplas, mas como complexas, isto é, relacionais e de interdependência entre os diversos elementos (fatores) do sistema de análise. Sendo que os modelos teóricos para esse enfoque não estão completamente elaborados ao início, mas se constroem no processo da investigação (GARCIA, 1986).

Outro aspecto a ser considerado no enfoque da complexidade é a incerteza presente no processo saúde-doença, que pressupõe o convívio com o “risco”. De acordo com Lieber (1992), a crença de um “risco aceitável” passível de ser administrado (individual ou coletivamente) constitui o principal problema da saúde pública (promoção, proteção e recuperação da saúde) não só como um desafio científico, mas fundamentalmente de ordem política.

A aplicação do conceito probabilístico de risco no estudo da causalidade em saúde tem vários limites, dentre estes podem ser citados: o número de expostos, o estabelecimento do nível de um dano, o valor aceitável para um grupo pode não ser o mesmo para outro etc. (LIEBER, 1992). A aceitabilidade social do risco que está imersa em conflitos de interesses, em geral, é determinada por implicações econômicas. O risco aceitável não se define como uma quantidade em particular, mas sim, em ser aceito ou não, e, portanto, é uma medida subjetiva. Na aceitação do risco têm sido considerados fatores pessoais, como o caráter voluntário ou involuntário, tal distinção teria sido proposta pela primeira vez por Starr 1969 (LIEBER, 1992).

Risco voluntário, como fumar um determinado número de cigarros ou dirigir com certa velocidade se associam com a crença de alguma forma de controle e de mensuração. Nestas condições, as pessoas tendem a aceitar um risco maior, independentemente das demais pessoas. Quanto ao risco involuntário, este é de difícil mensuração, como exemplo a presença de aditivos alimentares; níveis de poluição atmosférica; risco de acidentes no ambiente de trabalho ou no trânsito; contaminação transgênica dos alimentos. A aceitação ou rejeição do risco não reside na magnitude (mensurável ou não), mas sim na rejeição que os sujeitos fazem em ser controlados ou usados por outras pessoas (LIEBER, 1992) ou por instituições, como uma expressão política das coletividades organizadas na sociedade.

O Risco zero, este tem sido argumentado como impossível. Para alguns, o risco não pode ser eliminado; pode, no máximo, ser minimizado. Para justificar, argumenta-se que a mais simples substância apresenta algum risco e, além disso, nem todos os riscos podem ser detectados.

Diante desses aspectos, observa-se que a conceituação de risco tem sido aplicada de forma absoluta. Entretanto, será que o risco à vida é percebido e assumido de forma semelhante pelo bombeiro ou policial sujeito à violência e pelo agricultor exposto a agrotóxico? Argumenta-se que toda a substância é tóxica, mas o benzeno pode ser comparado à vitamina C ou à água?

Estas questões que têm significados qualitativos são reduzidas a processos de quantificação. Por exemplo, o coeficiente de segurança é que pretende estabelecer um nível abaixo do qual haveria proteção da saúde, isto é, não haveria a manifestação de agravos. O coeficiente de segurança não decorre apenas da diferença nas espécies, é um número que busca atender interesses diante de conflitos, deixando assim de ser apenas um processo técnico-científico para tornar-se político.

Os países em desenvolvimento, sem liberdade de definir suas próprias exigibilidades, sujeitam-se a parâmetros descontextualizados de sua realidade social, ambiental, cultural e econômica. A força da lei ainda é melhor que nada e por esta razão é fundamental o aprimoramento dos processos de vigilância da saúde (LIEBER, 1992).

Em geral, o problema da aceitação do risco é atribuído a funções díspares, como “inteligência” ou “má decisão”. No entanto, o foco do problema da decisão nos programas de saúde continua sendo o indivíduo, como se fosse possível nesse nível com tantas desigualdades sociais tomar decisões individuais e autônomas preventivas e promotoras de saúde. Os fatores sociais, culturais e suas relações com o ambiente são elementos

fundamentais que conformam as situações geradoras de necessidades e de opções (AUGUSTO, FLORÊNCIO; CARNEIRO, 2001).

Ao se investigar sobre o processo de decisão frente ao risco, reconhece-se que há um dinamismo nas transformações pela via social e cultural das coletividades e dos sujeitos. Atribui-se ao conhecimento dos sujeitos que será possível tornar os riscos mais ou melhor controlados. No entanto, a percepção do risco é representada por uma dimensão subjetiva, considerando que existiria um elo central das possibilidades de articulação entre a “vítima” e a sua vontade que, em certa medida, possibilitaria as ações de controle sobre os contextos.

Com essa compreensão, a vítima não estaria simplesmente ligada a uma causa determinada pelo ambiente ou pelas circunstâncias sociais, como poderia parecer. A causa seria fruto da vontade de quem concebe os recursos técnicos, ou seja, de quem os gere e que é responsável por colocar a vítima sob risco (LIEBER, 1998). Este último entendimento é importante para o processo de responsabilidade e responsabilização na geração e na gestão de situações de risco para a vida e para a saúde.

Segundo Samaja e Ynoub (1998), a noção de pessoa se constitui “quando o sujeito alcança o reconhecimento dos demais sujeitos, de seus vínculos com suas condições de existência e de que tem relações de direito”.

Na medida em que o ambiente passa a ser entendido como interdependente dos aspectos sócio-culturais, portanto, incluindo aí as pessoas, Lieber informa que os encaminhamentos teóricos deveriam considerar outras perspectivas no estudo da causalidade como a da “teoria dinâmica” ou da “homeostase do risco” (LIEBER, 1998). Segundo este autor, essa teoria trata das situações de potenciais desbalanceamentos entre os diferentes riscos presentes (aqueles que os sujeitos têm algum controle e dos totalmente involuntários). O princípio homeostático é que faria a mudança no comportamento dos indivíduos. Para mudar o nível de controle sobre o risco, alterando a condição de involuntariedade, haveria três possibilidades: 1) ajuste de comportamento em relação ao ambiente; 2) migração e 3) fuga. Entende-se, pois, que o controle das situações de risco é resultado da otimização das vantagens em contraposição às desvantagens, tendo como lugar as potenciais vítimas e não dos que lucram com as tecnologias que produzem risco ou dos que têm responsabilidade pela gestão das situações delas decorrentes.

Na compreensão da causa e risco nos processos relacionados às condições de vida e saúde, a perspectiva de uma abordagem sistêmica tem sido cada vez mais referida.

Essa abordagem é antes de tudo uma forma de pensar os problemas na sua dimensão complexa (AUGUSTO; FLORÊNCIO; CARNERO, 2001).

A análise do risco deveria ser realizada em diferentes níveis, e as práticas quantitativas de risco deveriam ser revistas, substituindo o caráter fatalista destes por aproximações holísticas da realidade. Nesse enfoque, a dimensão da cultura é um aspecto fundamental e, em geral, pouco valorizada nos processos de avaliação de risco e tomada de decisão. Sua importância reside no fato de que é uma condição importante para as inovações protetoras e mudanças de conduta.

É correto mencionar que os riscos podem ser decorrentes tanto da intervenção humana (risco tecnológico) quanto de ordem natural (AUGUSTO; FLORÊNCIO; CARNERO, 2001). Mesmo neste último, as condições de sujeição aos riscos são desiguais, cabendo medidas de prevenção e de equidade no que tange à proteção da saúde e da qualidade de vida (LIEBER, 1992).

A crítica à idéia de “fatores de risco”, nos estudos de causalidade em saúde se refere ao fato destes não alcançarem um modelo suficientemente explicativo das múltiplas relações existentes entre o indivíduo, as populações e o ambiente (ROUQUARIOL; ALMEIDA FILHO, 1999). Os resultados técnico-científicos apresentados como absolutos, inquestionáveis em qualquer instância, quer no tempo ou no espaço (cientificismo), são decorrentes da crença de haver “ordem, harmonia, repetição e perfeição” na natureza. Contrariamente a esta crença, a natureza é caótica, imperfeita e, graças a estas características, há evolução e transformações seguindo uma inexorável faixa do tempo irreversível (LIEBER, 1992).

No campo da saúde, o propósito da Epidemiologia, como já dito anteriormente, é o de investigar as “causas” que provocam, permitem ou facilitam a ocorrência de eventos relacionados à saúde com o objetivo de oferecer soluções para evitar, minimizar ou eliminar as “causas”, de acordo com a natureza do evento e as possibilidades de atuação sobre eles.

Para uma breve verificação da aplicação das palavras chaves “causalidade” e “risco” foi realizado um levantamento das publicações no campo da saúde, na base SCIELO (www.scielo.com.br), no período de 2000 a 2005. No Quadro 1, estão as referências que utilizaram a palavra chave “risco”. Observou-se que, em 50% dos estudos, “risco” estava relacionado às condições de trabalho ou aos trabalhadores; os demais abordavam a percepção do risco ou utilizavam o risco como um indicador das condições ambientais.

Quadro 1 – Estudos que utilizaram a palavra chave “risco” em publicações no campo da saúde no período de 2000 a 2005.

Autores	Título
Leite e Schüler-Faccini (2001)	Defeitos congênitos em uma região de mineração de carvão
Freitas et al. (2001)	Risco de brucelose zoonótica associado a suínos de abate clandestino
Zannin e Szeremetta (2003)	Avaliação da poluição sonora no parque Jardim Botânico de Curitiba, Paraná, Brasil.
Senna et al. (2005)	Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do SUS de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Silva, Santana e Loomis (2000)	Mortalidade por câncer em militares da marinha do Brasil
Brevidelli e Cianciarullo (2001)	Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção de acidentes com agulha
Queiroz e Maciel (2001)	Condições de trabalho e automação: o caso do soprador da indústria videira
Peres et al. (2004)	Percepção das condições de trabalho em uma tradicional comunidade agrícola em Boa Esperança, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil.
Miranda e Dias (2004)	PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social.

Fonte: www.scielo.com.br

No Quadro 2, apresentam-se os trabalhos que utilizaram a palavra chave “causalidade”, a maioria destes apresentavam desenhos de estudos de tendência secular, de perfil epidemiológico e de perfil de causas. Os modelos de análises mais utilizados levam à inferência de associações lineares de causa-efeito favorecendo uma compreensão reduzida do processo de causalidade.

Quadro 2 - Estudos que utilizaram a palavra chave “causalidade” em publicações no campo da saúde no período de 2000 a 2005.

Autores	Título
----------------	---------------

Benício et al. (2000)	Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996)
Benício e Monteiro (2000)	Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996)
Ferreira, Ferreira e Monteiro (2000)	Tendência secular da parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996)
Monteiro, Szarfarc e Mondini (2000)	Tendência secular de anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996)
Monteiro e Conde (2000a)	Tendência secular de desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996)
Monteiro, Benicio e Ortiz (2000)	Tendência secular de do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998)
Monteiro e Conde (2000b)	Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996)
Santo, Pinheiro e Jordani (2000)	Causas básicas associadas de morte por Aids, Estado de São Paulo, Brasil, 1998
Boruchovitch e Mednick (2000)	Causal attributions in Brazilian children´s reasoning about health and illness
Brito et al. (2003)	Fatores de risco para anemia por deficiência de ferro em crianças e adolescentes parasitados por helmintos intestinais
Cunha-Cruz e Nadanovsky (2003)	Doenças periodontais causam doenças cardiovasculares? Análise das evidências epidemiológicas
Antunes, Macedo e Araújo (2004)	Análise comparativa da proporção de óbitos segundo causas, de dentistas na cidade de São Paulo

Fonte: www.scielo.com.br

Lieber (1998) apresenta uma importante distinção entre risco, causa e contexto, em que o risco é apenas um cálculo de uso estatístico que por si não é capaz de levar a inferência de causalidade ou de associação para o todo. Trata-se de um valor que é derivado de dados que são utilizados na perspectiva de “causa” e de “efeito”, carecendo de incorporação das variáveis relacionais de contexto, para que possam ter significado, ao nível da cognição da complexidade, no processo de causalidade em saúde.

Do ponto de vista da complexidade, o conceito de risco e suas implicações na Epidemiologia têm sido estudados por vários autores. Em geral, as questões são tratadas no sentido de explicitar a crítica às reduções operadas nos estudos de causalidade no campo da saúde, que transformam a realidade complexa em relações lineares; o uso da idéia de fatores de riscos como “causa” e não como contexto é uma abordagem que tende a individualizar o processo saúde-doença; a escolha do modelo de análise, que se dá muitas vezes em função da comodidade do método, inclui o fetichismo da validação estatística interna do estudo promovendo a falácia da generalização dos resultados.

Segundo Czeresnia e Albuquerque (1995), a utilização de modelos dinâmicos nas investigações sobre o risco é uma perspectiva que permitiria abordar interações mais complexas. Nos estudos sobre o risco, é necessário que o pesquisador tenha uma teoria prévia, priorizando os conhecimentos pré-existentes do problema, bem como a descrição

qualitativa do seu contexto, além disso, a subjetividade deve ser incluída como elemento que faz parte do rigor científico e não minimizado ou desqualificado por não ser passível de quantificação.

Uma discussão sobre o conceito de saúde e sobre o modelo de determinação social da saúde, na tentativa de uma compreensão mais dinâmica do processo saúde-doença, é realizada no próximo tópico.

2.1.3 Condições de saúde: determinantes e indicadores

O conceito de condições de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, das concepções científicas, religiosas, e filosóficas (SCLIAR, 2007). Os recentes trabalhos sobre os aspectos que afetam a saúde das populações mostram que os fatores, as situações e os contextos que são os condicionantes da saúde aumentam a possibilidade de viver como uma realidade (FOUCAULT, 1997), mobilizam mecanismos que não estão no mesmo caminho daqueles que procuram diagnosticar, tratar, ou mesmo impedir determinadas doenças (EVANS; BARER; MARMOR, 1996; DRULHE, 1997).

Segundo Contandriopoulos (2006), saúde, verdade de vida, é uma qualidade fundamental do ser humano que se expressa em cada uma de suas quatro dimensões (biológica, social, psíquica e comportamental), considerado como multi-dimenssional. Segundo o referido autor, saúde é um conceito paradoxal, complexo, contextual e é o “resultado” da mesma forma em que é um “recurso”.

Desta forma, quando se objetiva garantir a saúde como capacidade de viver bem e por muito tempo, as intervenções devem ter como alvo o ambiente físico (local de moradia, de trabalho etc.), ambiente econômico e social (desemprego, exclusão, pobreza etc.), ou ambiente cultural (acesso a educação, informação e conhecimento etc.). A forma como se organiza a vida social se constitui um condicionante fundamental das iniquidades em saúde (WHITEHEAD, 2000).

As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias, constituem um dos traços mais relevantes da situação de saúde do

Brasil. Tais como, esperança de vida ao nascer, morbidade por regiões e a mortalidade masculina por causas externas (CNDSS, 2008).

A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social na constituição da Organização Mundial da Saúde, em 1948, já era o reflexo de uma concepção ampla de saúde, cujo enfoque estava além da doença. No entanto, na década de 50, com o sucesso da erradicação da varíola, enfatizam-se as campanhas de combate às doenças específicas com a aplicação de tecnologias de prevenção e cura.

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as ações inspiradas no lema “Saúde para Todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais da saúde (DSS). Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão Nacional sobre os DSS da OMS, em 2005 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

As várias definições de determinantes sociais da saúde expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito, atualmente bastante generalizado, de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Segundo a Comissão Nacional sobre DSS, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população conformam os DSS. Em síntese, para a comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (ibid).

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional quanto internacional, observa-se um grande avanço no estudo das relações entre o modo como se organiza e se desenvolve determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA-FILHO et al., 2003).

O principal desafio dos estudos das relações entre determinantes sociais e saúde está no estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e indivíduos, tendo em vista que esta não é uma simples relação direta de causa-efeito. O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis em que as

intervenções possam provocar maior impacto. Outro desafio importante em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os DSS em indivíduos, em grupos e em populações, pois alguns aspectos que servem para explicar as diferenças entre indivíduos não se aplicam quando entre grupos ou populações.

São diversas as abordagens que estudam os mecanismos através dos quais os DSS provocam iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, de forma que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. A segunda privilegia os “aspectos psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situações de saúde, fundamentada no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Em terceiro, estão os enfoques “ecossociais” e os chamados enfoques “multiníveis” que procuram integrar as abordagens biológicas, individuais, grupais e sociais numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Por último, estão os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Estes identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No presente estudo, é atribuída uma maior ênfase ao modelo de Dahlgren e Whitehead que apresenta os DSS dispostos em diferentes escalas, desde uma mais próxima dos determinantes individuais até a mais distal, onde estão os macrodeterminantes. Apesar de ser uma modelagem de compreensão dos níveis de abrangência, o modelo não alcança as relações entre os níveis ou a origem das iniquidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CNDSS, 2008).

Na figura 1, está representado o modelo dos determinantes sociais de Dahlgren e Whitehead, de 1991. Neste, os indivíduos estão na base com suas características (biológicas), que exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Acima estão os aspectos do estilo de vida e do comportamento, as redes comunitárias e de apoio, onde a maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a sociedade como um todo. Em seguida, estão os fatores

relacionados às condições de vida e trabalho, disponibilidade de acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. No último nível, fazem parte os macrodeterminantes da saúde relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre os níveis anteriores (CNDSS, 2008).



Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

Os indicadores de saúde de determinada população podem ser utilizados para avaliação das desigualdades sociais, os mais usados são aqueles referentes à morbidade referida e mortalidade (GOMES; TANAKA, 2003). Medidas de mortalidade e morbidade referida e a restrição de atividades rotineiras são importantes indicadores das condições de saúde quando a população é homogênea (GOMES; TANAKA, 2003). Estes indicadores são amplamente utilizados para estudar as demandas por serviços de saúde, avaliar as condições de saúde populacional, avaliar as políticas de saúde e ajudar na elaboração de propostas de saúde pública para que sejam melhoradas as condições de vida da população.

Nos inquéritos de saúde de base populacional, é comum o emprego de indicadores de morbidade referida, tendo em vista que a informação diagnóstica requer maior tempo e custo para ser coletada. Diversos indicadores têm sido utilizados para medir as necessidades de saúde a partir de informações fornecidas (referidas) pelos próprios sujeitos ou por outros moradores do domicílio. Variáveis, tais como: percepção do estado de saúde, presença de doenças crônicas, referência a sinais e sintomas e restrição de

atividades rotineiras por motivos de saúde retratam dimensões diferentes das condições de saúde de determinado grupo populacional (PINHEIRO et al., 2002).

A morbidade referida pode ser obtida através da simples informação sobre a ocorrência ou não de sintomas ou doenças, bem como a partir da resposta verificada por uma lista de problemas de saúde a serem indicados pelos próprios sujeitos. As duas formas de obtenção da informação podem produzir estimativas diferentes da morbidade (PINHEIRO et al., 2002; GOMES; TANAKA, 2003).

A doença e a saúde formam um processo dinâmico, que reflete a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade, os quais são importantes para se investigar a percepção do estado de saúde. A percepção (auto-avaliação) do estado de saúde é geralmente medida em escala de quatro ou cinco categorias, frequentemente utilizada em inquéritos populacionais e tem especial relevância na explicação do uso de serviços de saúde. Este método de avaliar a percepção da saúde já foi utilizado em pesquisas internacionais, como: Behavioral Risk Factor Surveillance System - BRFSS (KILMER et al., 2006), European Community Health Indicators - ECHI (2005); e também nacionais como a Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD, 1998) e o Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis (INCA, 2006).

A prevalência de pessoas com percepção regular ou ruim é um importante preditor do uso de serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2002). Um fator importante na análise da percepção do estado de saúde é que ela pode variar de acordo com as experiências sociais de cada indivíduo e com a disponibilidade dos serviços sociais e de saúde.

Em um inquérito de nível nacional, a percepção de saúde foi avaliada em cinco categorias (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim) pelo próprio entrevistado. Os resultados mostraram que a percepção foi regular ou ruim para 32% dos indivíduos da cidade do Recife, o maior percentual foi de 36% para os indivíduos da cidade de Belém e o menor foi de 18% para os indivíduos da cidade de Porto Alegre (INCA, 2004a).

Alguns estudos verificaram que há associação entre mortalidade e/ou morbidades, estilo de vida com riscos à saúde (como: fumo, sedentarismo entre outros) e a prevalência de pessoas com percepção do estado de saúde negativa (PINHEIRO et al., 2002; SILVA, 2002; BARROS; NAHAS, 2001).

A distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, está associada à posição social que por sua vez define as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos. Atualmente, em nosso país, convive-se com problemas típicos das

sociedades em desenvolvimento e com aqueles característicos das sociedades desenvolvidas, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

2.1.4 Doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão, diabetes e obesidade.

O processo de industrialização–urbanização, o envelhecimento populacional e a inserção de novos processos de trabalho contribuíram com mudanças de estilos de vida da população que vêm sendo muitas vezes estimulados pela globalização dos mercados e da comunicação. Esses fatores refletiram-se no quadro sanitário do país com um grande aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais se destacam as doenças do aparelho circulatório que são consideradas responsáveis pela mais elevada taxa de mortes prematuras (INCA, 2004a; SCHRAMM et al., 2004).

A carga de doenças relacionada às DCNT tem crescido rapidamente, em todos os países, e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. O sedentarismo juntamente com as dietas inadequadas têm elevado a incidência das DCNT, incluindo as cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer, ajudando a explicar a relevância destas na carga global das doenças (WHO, 2003b).

No Brasil, convivemos com novos e velhos agravos à saúde com problemas típicos de sociedades desenvolvidas como o crescente aumento das DCNT e, ainda, com a permanência de elevada magnitude das doenças infecto-parasitárias. Schramm et al. (2004) realizaram um estudo sobre a carga das DCNT no Brasil e nas suas grandes regiões, utilizando como indicador o DALY (Disability Adjusted Life Of Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidades) identificando que as DCNT responderam por 66,3% da carga de doenças no país, as doenças infecciosas por 23,5% e as causas externas por 10,2%.

As características que envolvem a ocorrência das DCNT resultam em dificuldades quanto a uma intervenção mais sistemática no nível da saúde pública (CESSE, 2007). As DCNT estão entre as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde por serem doenças, em geral, de longa duração. As estimativas nacionais de gastos do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo procedimentos ambulatoriais e internações, com as DCNT, já em 2002, correspondiam a 69% do total dos recursos disponíveis (BRASIL, 2005). Apesar da elevada carga dessas doenças, ainda são insuficientes as

ações preventivas, de vigilância e de assistência para mudança desse contexto. Além disso, as perspectivas futuras remetem a um cenário bastante comprometedor também para o sistema de seguridade social, tendo em vista o crescente envelhecimento populacional (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

De acordo com Cesse (2007), são escassos os estudos que quantificam os custos decorrentes do absenteísmo, das aposentadorias precoces e da perda da produtividade relacionada à ocorrência das DCNT no Brasil. O estudo de Moura (2005) sobre as repercussões dessas doenças nas concessões de auxílios-doença e aposentadoria no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) revelou que, em Recife, no período de 2000 a 2002, as DCNT foram responsáveis por 34,9% dos auxílios-doenças e 53,4% das aposentadorias por invalidez. Dentre as quais, destacam-se as doenças ósteo-musculares e doenças do aparelho circulatório, representadas principalmente pela hipertensão arterial e pelas doenças cerebrovasculares.

As doenças como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a obesidade são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de alta prevalência cujos fatores de risco e complicações representam a maior carga de doenças em todo o mundo. Estas são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade da população brasileira e de todo o mundo, gerando sofrimento pessoal e familiar, com alto custo financeiro e social.

A hipertensão arterial contribui em torno de 25% a 40% na etiologia das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes cerebrovasculares, respectivamente, sendo caracterizada como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (INCA, 2004a). Estudos epidemiológicos têm indicado não só o aumento da prevalência da hipertensão com a idade, mas também a sua associação com outros fatores do estilo de vida e também metabólicos, todos associados ao aumento das taxas das doenças cardiovasculares. Inquéritos populacionais sobre a prevalência da hipertensão são de grande relevância nacional para ações de prevenção, promoção e assistência.

Dados do INCA (2004a), investigando pessoas em 15 capitais e no Distrito Federal, revelaram que a prevalência da doença aumentou com a idade, variando de 7,4% a 15,7% nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, de 26% a 36,4% naqueles entre 40 e 59 anos e de 39% a 59% nos idosos (com 60 anos ou mais de idade), reforçando as informações disponíveis da associação desta doença com a idade.

O diabetes mellitus é caracterizado por dificuldades no metabolismo da glicose, que acarreta complicações vasculares e neurológicas, envolvendo distintos mecanismos patogênicos que têm a hiperglicemia como denominador comum. Pode ser classificado

em quatro tipos: o tipo 1, causado por destruição de células pancreáticas e deficiência na produção da insulina; o tipo 2, caracterizado pela resistência à insulina e deficiência relativa de sua produção, mais comum entre pessoas com mais de 30 anos; tipos associados a doenças ou síndromes específicas; diabetes gestacional (NIEMAN, 1999; INCA, 2004a).

Dentre os tipos, o diabetes tipo 2 é o responsável pela maioria dos casos desta doença, cerca de 90%, e ainda é uma das dez principais causas de morte no mundo (INCA, 2004a). Além disso, a sua incidência tem aumentado, sobretudo, nos países em desenvolvimento em resposta às mudanças nos hábitos alimentares, que favorecem, especialmente, ao aumento do sobrepeso e da obesidade (KING; UUBERT; HERMAN, 1998).

Já a obesidade envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal proveniente do desequilíbrio energético prolongando, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou baixo nível de atividades físicas (NAHAS, 2001; INCA, 2004a).

O excesso de peso corporal (sobrepeso ou obesidade) pode ser estimado por diferentes métodos ou técnicas, como dobras cutâneas, relação cintura-quadril, ultra-som, dentre outros. Porém, devido o baixo custo, rapidez e simplicidade de obtenção, o Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido amplamente utilizado e aceito por estudos epidemiológicos (ANJOS, 1992; INCA, 2004a). Apesar de não representar a composição corporal, o IMC é utilizado como uma estimativa da gordura corporal total, pois é amplamente correlacionado com a gordura corporal (ANJOS, 1992). Entre as limitações no uso do IMC está a possibilidade de superestimar a gordura em pessoas musculosas e subestimar em pessoas que perderam massa muscular, como no caso de idosos (INCA, 2006).

De acordo com o Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América (USDHHS), indivíduos obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) têm um risco de morte prematura por todas as causas de 50% a 100% maior do que indivíduos com peso normal, IMC entre 20 a 25 kg/m^2 (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

A obesidade tem se tornado um dos principais problemas de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um estudo multi-cêntrico intitulado "Monitoramento de Tendências e Determinantes de Doenças Cardiovasculares (MONICA)" incluiu 26 grupos populacionais, de 1979-1989 e de 1989-1996, os dados revelaram que de 50% a 75% dos adultos

estavam com sobrepeso e de 15% a 22% estavam obesos (MOLARIUS et al., 2000; PEIXOTO, BENÍCIO; JARDIM, 2007).

O aumento da prevalência da obesidade no país pode ser considerado também como um reflexo das alterações nos modos de vida da população. A automação e a diminuição do gasto energético diário, mais o acesso facilitado pela globalização aos alimentos processados e refinados, ricos em gorduras e açúcares em grande proporção, têm contribuído para o aumento da prevalência do sobrepeso e obesidade. Favorecendo de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades relacionadas ao excesso de peso corporal. As conseqüências para a saúde associadas a estes fatores vão desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele e infertilidade, até condições graves como doença coronariana, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer (INCA, 2004a).

Nos países desenvolvidos, a relação entre nível sócio-econômico e obesidade é freqüente, com maior prevalência de obesos nos estratos da população com menor renda, menor escolaridade e com ocupações de menor prestígio social, sendo essa tendência particularmente evidente entre mulheres adultas (SOBAL; STUNKARD, 1989).

Monteiro, Conde e Castro (2003) analisaram três inquéritos comparáveis que foram realizados nas duas regiões mais populosas do Brasil, onde se evidenciou uma mudança substancial na tendência secular da obesidade segundo níveis de escolaridade da população. Enquanto no primeiro período (1975-1989), o risco de obesidade foi ascendente em todos os níveis de escolaridade, tendendo a ascensão máxima para homens e mulheres com maior escolaridade; no segundo período (1989-1997), o aumento da obesidade foi máximo para indivíduos sem escolaridade, registrando-se instabilidade ou mesmo diminuição da enfermidade nos estratos femininos de média ou alta escolaridade. Como resultado da tendência recente, diminui a relação positiva entre escolaridade e risco de obesidade em homens e acentua-se a relação inversa que já vinha se observando na população feminina.

Dados de inquérito, com a população nacional, incluíram pessoas do Distrito Federal e de 15 capitais brasileiras, utilizando as medidas peso e estatura referidas para determinação do IMC, encontrando uma prevalência de excesso de peso menor (32,5%) entre as pessoas de Aracaju e maior (46,6%) para as do Rio de Janeiro (INCA, 2004a).

O aumento da prevalência da obesidade exige maior demanda dos serviços de saúde, pois a obesidade é frequentemente associada com diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial e favorece o surgimento de doenças cardiovasculares (BAIK et al.,

2000). O excesso de peso corporal (sobrepeso e obesidade) também está associado a distúrbios psicológicos, tais como: depressão, distúrbios alimentares, imagem corporal distorcida e baixa auto-estima (INCA, 2004a). Os indivíduos obesos também são estigmatizados e sofrem discriminação social, além disso, em determinadas carreiras profissionais essa discriminação tende a ser mais severa podendo prejudicar o desempenho das atividades do trabalho, como no caso de policiais.

Pesquisa com policiais norte-americanos encontrou que aqueles com IMC acima de 35 kg/m^2 apresentaram mais dores nas costas quando comparados aqueles com IMC normal (18 a 25 kg/m^2) e aqueles que se envolviam em maiores níveis de atividade física foram os mais aptos fisicamente e que apresentaram menor prevalência de problemas músculo-esqueléticos e dor crônica (NABEEL et al.,2007).

Estudos com policiais do Rio de Janeiro levantaram informações sobre o excesso de peso corporal utilizando o IMC como indicador e encontraram elevadas prevalências em comparação com dados da população nacional. Minayo e Souza (2003), em investigação com policiais civis, encontraram que 64,5% com sobrepeso ou obesidade. Minayo, Souza e Constantino (2008) identificaram que cerca de 70% dos policiais militares estavam com sobrepeso ou obesidade. Estas informações são preocupantes, pois o excesso de peso corporal implica em dificuldades físicas e psicológicas, além de estar associado a diversos outros problemas de saúde (NAHAS, 2001; INCA, 2004a).

O enfrentamento do problema das DCNT requer abordagens que lidem com determinantes de saúde de origem mais ampla. Considerando que são escassas as informações, principalmente nacionais, sobre o excesso do peso corporal de policiais militares e que os dados sobre este assunto são relevantes para elaboração de medidas de promoção e de prevenção da saúde destes trabalhadores. Neste estudo, foi dada uma atenção específica a este aspecto.

As relações entre a saúde e trabalho têm sido cada vez mais exploradas. Na busca de uma melhor compreensão dos elementos que fazem parte das condições gerais de trabalho e saúde, o item a seguir apresenta uma discussão sobre esses elementos.

2.2 Condições de trabalho e saúde do policial militar

2.2.1 Condições de Trabalho: organização, ambiente, relações humanas e conteúdo.

Os trabalhadores são todos aqueles indivíduos que exercem atividades para o sustento próprio e/ou de seus dependentes, seja qual for a sua forma de inserção no mercado de trabalho, quer seja na economia formal ou informal, no setor produtivo, de serviços privado ou público (SELIGMANN-SILVA, 1994).

O entendimento da atividade de trabalho passa necessariamente pela confrontação de conhecimentos diversificados e complementares, tanto do ponto de vista dos trabalhadores quanto dos pesquisadores, podendo ser realizada a co-produção de uma representação original. De forma que é através do diálogo e pela confrontação dos pontos de vista que se formula paulatinamente a representação da atividade, dos processos subjacentes, das conseqüências percebidas e sofridas sobre a saúde e a vida do trabalhador (BRITO et al., 1995).

O trabalho, enquanto atividade humana, é o fundamento da produção da cultura, pois, ao realizá-lo, os seres humanos se relacionam com a natureza, criam redes de comunicação e de interação social, recriando-se a si próprio (MINAYO; SOUZA 2003).

Condições de trabalho são consideradas ao mesmo tempo como situações características de certa atividade que precede a atividade do sujeito e é limitada, mas que também sofrem modificações devido às ações dos sujeitos do processo (trabalhadores e patrões). Segundo Minayo e Souza (2003), o ambiente e as relações próprias à atividade do trabalho formam um lócus privilegiado da realização humana e, de acordo com as condições em que ocorrem, podem produzir desgastes físicos e mentais.

O estudo das condições de trabalho proposto por Mattos e Simoni parte da visão do trabalho enquanto espaço, energia e tempo. Partindo do nível macro para o micro, com a identificação abrangente das condições de trabalho, da unidade de produção à seção e ao posto de trabalho. Com a descrição do ambiente, da organização, do processo de trabalho, das energias, dos materiais usados e da utilização do tempo (jornadas, ritmos, pausas) com o objetivo de chegar a um diagnóstico (BRITO et al., 1995).

O ambiente de trabalho é um conjunto de fatores interdependentes, com influência direta na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. Essa forma global de considerar as influências do trabalho ajuda a compreender as dificuldades e

desconfortos com relação ao perfil de morbimortalidade entre os trabalhadores. Fazem parte do ambiente de trabalho: o espaço físico, as ambiências (luminosidade, sonoridade, condições térmicas e toxicidade), equipamentos, organização do trabalho, aspectos de segurança e de relações profissionais etc. (FISCHER; GOMES; COLACIOPPO, 1989).

Segundo Brito et al. (1995) a organização do trabalho tem um papel fundamental na definição do conteúdo do trabalho e de seus riscos. Através da forma como se organiza o trabalho e que são estabelecidas as atividades, os equipamentos a serem usados, os métodos, o tempo, o ritmo e a utilização do espaço entre outros. Também, através dessa organização, são definidas as relações de trabalho, entre os trabalhadores e destes com seus chefes.

Para Seligmann-Silva (1994, p.95), “a organização do trabalho pode ser definida preliminarmente como a forma de conceber os conteúdos das tarefas, bem como a sua divisão entre os trabalhadores”.

A organização do trabalho e a sua gestão (controle) estão fortemente relacionadas com o processo saúde-doença, que inclui as vulnerabilidades e as situações de risco que expõe os trabalhadores às nocividades do trabalho, sendo um elemento fundamental na construção do sentido do trabalho: enquanto possibilidade de expansão ou contração, enquanto sofrimento ou crescimento (DELCOR, 1994).

A evolução do processo de trabalho em diferentes fases do desenvolvimento tecnológico mostra como a separação entre o planejamento do trabalho e a sua execução foi sendo aprofundada ao longo tempo. Isso ocorreu devido às formas de gerenciamento cada vez mais incisivas no estabelecimento dessa separação. Além da separação entre planejamento e execução, outras formas de divisão do trabalho foram sendo implantadas, resultando em atividades laborais cada vez mais fragmentadas, o que serviu para intensificar o ritmo das atividades e aumentar o controle sobre os desempenhos dos trabalhadores.

As relações sociais de produção sofreram transformações históricas, da escravidão aos nossos dias. Com situações que propiciam maior exploração por escaparem a qualquer instância legal protetora, como exemplos a atividade itinerante dos trabalhadores rurais do corte da cana de açúcar e o trabalho por produção, causadores de altos níveis de fadiga e ansiedade. Nessas situações, a insegurança do emprego é algo psicologicamente explorado que faz os trabalhadores se exporem a riscos para a saúde e a vida.

O quadro econômico vigente no mundo, em que as condições de insegurança no trabalho, subemprego, contratos precários de trabalho e a segmentação do mercado de

trabalho são crescentes, reflete-se em processos internos de reestruturação produtiva de diminuição do quadro de empregados, de incorporação tecnológica presente que repercutem sobre a saúde dos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 1994; BRITO et al., 1995).

Há um reconhecimento de que a atividade produtiva mobiliza o psiquismo do sujeito afetando suas relações sociais. O trabalho, enquanto objeto de valor econômico e de construção de poder, é também instrumento de opressão, de exploração, de contenção dos sujeitos e de alienação. Nessa perspectiva, são decorrências esperadas: o sofrimento psíquico, o desgaste físico e mental (MINAYO; SOUZA, 2003). Para Delcor et al. (2004), o trabalho humano possui um duplo caráter, por um lado, é fonte de realização, de satisfação, de estruturação e de conformação com o processo de identidade dos sujeitos e, por outro, é elemento de desgaste e de nocividade para a saúde.

A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição por se tratar de um estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de um momento para outro e, ao longo do tempo, para a mesma pessoa. A satisfação está sujeita as influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato, além disso, pode influenciar na saúde física e mental do trabalhador e interferir no seu comportamento profissional e/ou social (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRE, 2004)

No ambiente de trabalho, a forma como esse está organizado e o tipo de trabalho é fundamental em relação aos processos de desgastes da saúde dos trabalhadores. Para o reconhecimento destes aspectos é importante que cada categoria profissional seja avaliada de acordo com suas condições de trabalho considerando o contexto.

O trabalho em turnos é utilizado historicamente em diferentes setores, como na indústria de produção de bens de consumo e nos serviços. O trabalho em turnos está implicado em diversos agravos à saúde, tais como: alterações de sono, distúrbios gastrointestinais, cardiovasculares, desordens psíquicas e problemas em relação à vida social e familiar. Ressalta-se o prejuízo na participação das atividades sociais organizadas, como as escolares, culturais, esportivas, etc., dificultando sua integração na vida social da comunidade. O impacto do trabalho noturno e em turnos sobre a saúde tem uma variabilidade, de acordo com diversos fatores intervenientes, como características pessoais, estilo de vida, condições de trabalho, relações familiares e condição social (COSTA, 2004).

Alguns estudos nacionais já realizados com policiais abordaram aspectos sócio-ocupacionais e identificaram precárias condições de trabalho e saúde nessa categoria, tais como: jornadas de trabalho excessivas (MINAYO; SOUZA, 2003; COSTA et al., 2007;

MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008), más condições materiais de trabalho, efetivo humano insuficiente, elevado nível de sofrimento mental (MINAYO; SOUZA, 2003; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008); inadequadas condições de infra-estrutura e organizacionais, baixo nível de atividades físicas e elevada freqüência de queixas de saúde (FERNANDES et al., 2002), além da dupla vinculação profissional (RAMALHO; PIMENTEL FILHO, 2006; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). Segundo Spode e Merlo (2006) a excessiva carga de trabalho combinada às precárias condições são fatores significativos de pressão e desgaste entre policias.

A categoria de trabalho dos policiais está exposta a ambientes conflituosos, as situações de pressão e estresse intenso em função de lidarem com a violência e a criminalidade. Possivelmente, estas situações irão repercutir nos modos de vida e no desempenho profissional, com implicações negativas para a saúde física e mental destes trabalhadores. No entanto, pouco se conhece sobre essas repercussões e suas implicações.

De acordo com Araújo, Graça e Araújo (2003), nos últimos anos tem se observado um forte esforço na construção de modelos teóricos para avaliar *conteúdo do trabalho* e seus efeitos à saúde dos trabalhadores. O modelo “demanda-controle” proposto por Karasek em 1979 tem obtido destaque. Este modelo é baseado na demanda psicológica do trabalho, uso de habilidades, controle de tarefas que podem predizer uma ampla condição de saúde e conseqüências comportamentais da estrutura do trabalho. O referido modelo é bi-dimensional para avaliar aspectos psicossociais do trabalho.

O modelo “demanda-controle” é originário da vertente de estudo sobre o estresse gerado no ambiente psicossocial do trabalho. Denomina-se como demanda psicológica (*psychological demand*) aquelas situações de trabalho em que o trabalhador é exigido quanto à concentração, tempo para realização de tarefas, ritmo e intensidade etc. O controle do trabalho por parte do trabalhador (*decision latitude*) é considerado quanto as habilidades e a autoridade de decisão. O modelo “demanda-controle” incorporou ainda o suporte social que é um componente de natureza coletiva capaz de modificar a dimensão de ordem individual da relação “demanda-controle” e da saúde. O suporte social é considerado em relação à chefia (supervisores/superiores) e aos colegas de trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990; KARASEK et al., 1998).

Para a construção dos indicadores de “demanda-controle”, procede-se o somatório das variáveis referentes a cada um dos indicadores. Considerando as ponderações previstas na operacionalização do modelo, adota-se a média como ponto de corte

conforme recomendações do Job Content Questionnaire User's Guide (KARASEK, 1985; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

O modelo prevê quatro diferentes tipos de experiências psicológicas no trabalho que ocorrem geralmente por interação de alto e baixo nível de demanda e controle: 1) alta-exigência (combinando alta demanda e baixo controle); 2) trabalho ativo (combinando alta demanda e alto controle); 3) trabalho passivo (combinando baixa demanda e baixo controle); e 4) baixa-exigência (combinando baixa demanda e alto controle). De acordo com o Modelo Demanda-Controle, os riscos de sofrimento psíquico e de doenças são maiores quando a demanda é alta e o controle sobre o trabalho é baixo (alta-exigência); e são maiores as possibilidades de uma melhor saúde psíquica e física quando a demanda é alta e o controle é alto (trabalho ativo), além de favorecer a motivação para o desenvolvimento de novos padrões de comportamento (KARASEK; THEORELL, 1990). A representação do modelo está ilustrada na Figura 2, a Diagonal B leva a uma condição mais saudável, enquanto a Diagonal A relaciona-se com maior risco para saúde.

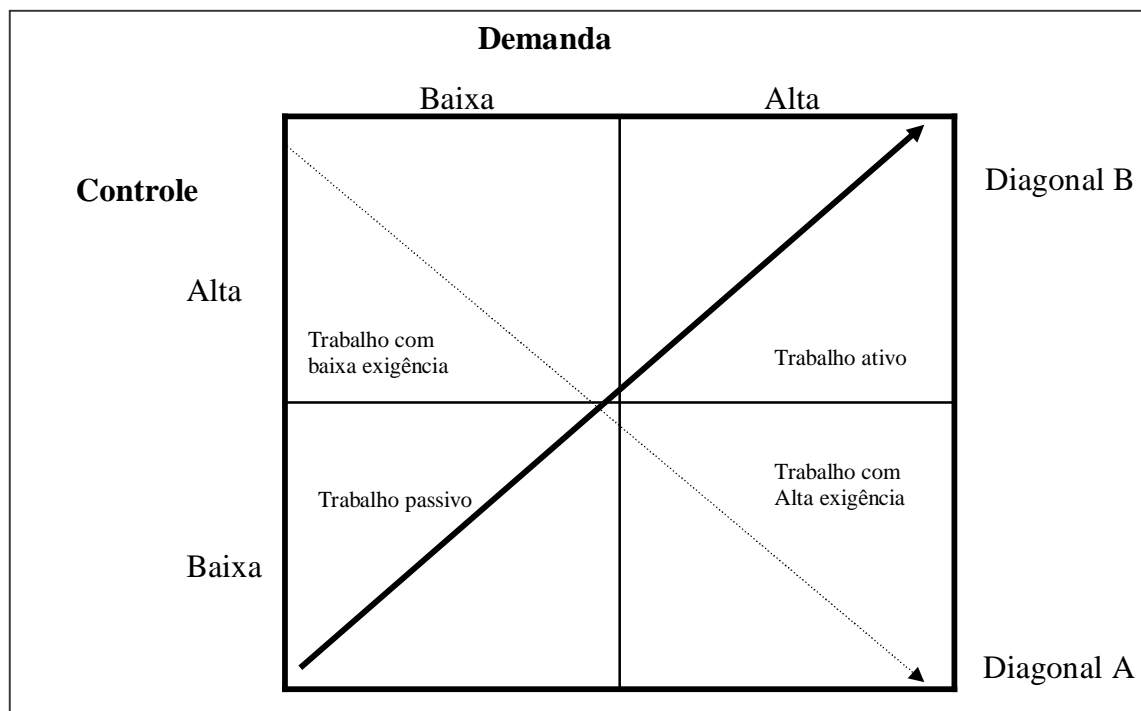


Figura 2 - Representação do modelo “demanda-controle”, segundo Karasek e Theorell (1990)

O modelo “demanda-controle” incorpora uma determinação social e propõe que as ações para promoção da saúde no trabalho sejam direcionadas às mudanças na organização do trabalho e não nos comportamentos individuais dos trabalhadores. Dessa

forma, a organização do trabalho é considerada como instância determinante do grau de demanda psicológica e de controle. As ações de intervenção devem ser destinadas à melhoria das condições de saúde no ambiente de trabalho.

O Job Content Questionnaire (JCQ) é um instrumento que foi elaborado para medir as várias dimensões no trabalho e sugerido para avaliar o modelo “demanda-controle” (KARASEK et al., 1998). A versão original do JCQ é formada por 49 questões que abordam além de controle e demanda psicológica, suporte social da chefia e dos colegas, demanda física e insegurança no trabalho. Este instrumento tem sido amplamente utilizado em vários países da Europa, América do Norte e Japão, nos países em desenvolvimento os estudos que empregaram o JCQ são incipientes. No Brasil, verifica-se um crescimento acentuado de estudos voltados à avaliação dos aspectos da organização do trabalho e suas repercussões sobre a saúde que usaram o JCQ (SELLIGMAN-SILVA, 1994; DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; PORTO et al., 2006). Porém, é elevada a diversidade metodológica, teórica e conceitual desses estudos.

As principais pesquisas com o JCQ no Brasil se concentram no Estado da Bahia e investigaram aspectos relacionados às condições da saúde e do trabalho em: cirurgiões-dentistas de 21 municípios da região de Alagoinhas - BA (SELLIGMAN-SILVA, 1994); professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista – BA (DELCOR et al., 2004); docentes da Universidade Estadual da Bahia (ARAÚJO et al., 2005); médicos de Salvador - BA (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006); professores da rede municipal de ensino de Vitória da Conquista - BA (REIS et al., 2005) e professores da educação infantil e fundamental de escolas particulares de Vitória da Conquista – BA (PORTO et al., 2006).

O JCQ é um instrumento validado, traduzido para o português e utilizado em algumas pesquisas nacionais com trabalhadores de categorias diferentes. Considerando que este instrumento avalia a demanda psicológica, a demanda física, o suporte social da chefia e dos colegas de trabalho que são dimensões importantes de serem investigadas no trabalho do policial militar, o referido instrumento é utilizado no presente estudo.

2.2.2 Contextualizando a saúde do trabalhador

Para que se possam apreender as implicações provenientes das mudanças sobre a saúde dos trabalhadores, é necessário compreender a lógica entre outros condicionantes que rege a intensificação do trabalho na contemporaneidade, que está associada às mudanças tecnológicas, organizacionais e ao processo de reestruturação produtiva que ocorre em escala global e que no Brasil se intensifica a partir da década de 90 (NAVARRO, 2003).

No Brasil, as relações de trabalho conformam situações múltiplas caracterizadas por diversos níveis de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão, relações e contratos de trabalho, que refletem sobre os modos de vida, o processo saúde-doença e a mortalidade dos trabalhadores. Essas diversidades de situações de trabalho, vida e adoecimento têm se acentuado em decorrência das conjunturas política e econômica do país (BRASIL, 2001). Por um lado, a adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais, intensifica o trabalho e a instabilidade no emprego, pode modificar o padrão de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, com o aumento das doenças relacionadas ao trabalho mediante as novas formas de adoecimento mal caracterizadas como o estresse e a fadiga física e mental. Por outro, embora as inovações tecnológicas tenham reduzido a exposição a alguns riscos ocupacionais em certos ramos de atividade, contribuem para tornar o trabalho menos perigoso, mas que pode gerar outras situações de risco (ibid).

Analisar o processo de reestruturação produtiva no Brasil e seu impacto para a saúde do trabalhador não é uma tarefa simples. Ele ocorreu e vem ocorrendo, entre outros pela introdução de novas tecnologias, formas inovadoras e precarizadas de organização e gestão do trabalho e sem que ocorra uma adequada qualificação da força do trabalho. Este contexto tem promovido o aumento das doenças relacionadas ao trabalho e criado condições que levam ao aumento de acidentes com sequelas temporárias ou permanentes e de mortes de trabalhadores.

As condições nocivas de trabalho têm se ampliado tanto para aqueles formalmente empregados, quanto para os trabalhadores informais (NAVARRO, 2003). Além disso, é comum os empregadores transferirem para seus trabalhadores a incumbência e a responsabilidade de zelar pelas próprias condições de higiene, saúde e segurança no trabalho. Ainda segundo Navarro, o enfretamento dessas questões não pode ser pensado apenas no plano da fiscalização dos ambientes de trabalho ou de políticas voltadas para a

saúde do trabalhador, ainda que não se possa prescindir delas, e há muito a ser feito nessas instâncias que pode contribuir para a melhoria da gestão dos ambientes de trabalho voltados para a saúde dos trabalhadores.

A complexidade envolvida no mundo do trabalho e seu significado para a saúde devem ser compreendidos para que se possa evidenciar, cada vez mais, a relação entre saúde e trabalho, monitorando o impacto das constantes e fortes mudanças que têm ocorrido no mundo do trabalho.

Evidências têm demonstrado que os aspectos ambientais em que se realiza o trabalho podem também ser condicionantes importantes na produção de “doenças ocupacionais”, comprometendo a saúde física e mental do trabalhador (ARAÚJO et al., 2005). Conhecer a dinâmica da produção de nocividades geradas em cada situação de trabalho para viabilizar medidas de prevenção, proteção e promoção da saúde é fundamental. Neste sentido, as ações em saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por intermédio de atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. São também condicionantes importantes da saúde do trabalhador os aspectos sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e pelos riscos ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral) presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2001).

Dentre os aspectos organizacionais, as relações de trabalho recebem destaque como relevantes componentes do processo saúde-doença, pois nelas se pode reafirmar a auto-estima, desenvolver habilidades, expressar as emoções, a personalidade, tornando-se também espaço de construção da história individual e de identidade social (DEJOURS, 1988). Segundo Laurell e Noriega (1989), o trabalho é resultado de esforço, de dispêndio de energia física e mental, produz bens e serviços, além de satisfazer as necessidades individuais e o bem-estar pessoal e contribuir para a manutenção e desenvolvimento da sociedade como um todo.

Os trabalhadores, nas suas organizações, individualmente ou coletivamente são elementos fundamentais, sejam como sujeitos ou participantes das ações de saúde que incluem: estudo das condições de trabalho, identificação de mecanismos de intervenção técnica para a sua melhoria, adequação e controle dos serviços de saúde prestados.

As intervenções em saúde do trabalhador se fundamentam numa concepção que, para o trabalhador, a saúde não significa apenas ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas, sobretudo, a transformação de processos de trabalho em

seus diversos aspectos. De forma que o trabalhador possa potencializar a sua saúde e a sua vida através da inserção dele no processo produtivo, e não meramente com eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar agravos à saúde (ALVES, 2003).

A saúde do trabalhador não é somente de responsabilidade do mesmo, mas de toda a sociedade. Assim, “saúde em seu sentido amplo significa os poderes que nos permitem viver no ambiente, incluindo o do trabalho mediante a educação, a cultura, a moradia, o saneamento, o lazer, o convívio social, o ecossistema saudável, entre outros” (ALVES, 2003, p. 322).

As informações sobre a saúde do trabalhador brasileiro são escassas. Os dados existentes comparáveis entre vários países indicam que os acidentes ocupacionais representam um dos maiores problemas de saúde pública. Dados nacionais, do anuário estatístico da Previdência Social de 2007, registraram aproximadamente 653,1 mil acidentes do trabalho no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Os acidentes do trabalho registrados no ano de 2007 aumentaram em apenas 3,7% em comparação ao ano de 2006. Do total de acidentes registrados, os acidentes típicos representaram 80,7%, os de trajeto 15,3% e as doenças do trabalho 4%, sendo maior a proporção destes nos homens (BRASIL, 2007). Na distribuição por setor de atividade econômica, excluídos os dados de atividade “ignorada”, do total de acidentes registrados o setor agrícola, participou com 5,1%, o setor de serviços com 45,6% e o setor de indústrias com 49,3%. Estas informações não possibilitam identificar o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no nosso país, mediante as suas condições de trabalho e vida e categoria profissional. Além do que, representam somente aqueles trabalhadores que tiveram registro na Previdência Social por licença, invalidez ou morte.

Reconhece-se que a maioria dos acidentes de trabalho ocorre devido às condições de trabalho em que se dão as atividades laborais. Dessa forma, diversas consequências sociais e econômicas têm sido observadas, como: incapacidades, diminuição do tempo no trabalho, aumento de custos e cuidados médicos etc. (MACHADO; GOMEZ, 1994; BRASIL, 2001; BRASIL, 2007).

A violência decorrente das más condições de trabalho tem sido responsável por uma importante fração de acidentes com mortes de trabalhadores. O entendimento do acidente como uma forma de violência impõe à área da saúde do trabalhador novas percepções que inclui ampliar as interfaces disciplinares e setoriais no campo da saúde pública (MACHADO; GOMEZ, 1994).

O desemprego crescente e a falta de mecanismos de amparo social para os trabalhadores que não conseguem se inserir no mercado de trabalho também contribuem para o aumento da criminalidade e da violência na sociedade (BRASIL, 2001).

A violência urbana e a criminalidade estendem-se, crescentemente, aos ambientes e atividades de trabalho. A violência no trabalho adquire uma característica particular entre os policiais que convivem com a violência e a agressividade no cotidiano. Esses trabalhadores apresentam problema de saúde e sofrimento mental que guardam estreita relação com o trabalho. (BRASIL, 2001, p.20).

A falta de atenção à saúde do policial militar enquanto trabalhador faz parte do hiato de conhecimento do setor de serviços. Também possui raízes históricas profundas (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007). Neste setor estão dois terços dos empregados urbanos das áreas metropolitanas no Brasil (MELO et al., 1998).

Os policiais militares, como servidores públicos estaduais, estão protegidos por uma legislação específica. No exercício da sua atividade de manutenção da segurança e da ordem pública, se diferenciam dos demais servidores por seu ambiente e situações diversificadas de trabalho; pela exposição rotineira às situações de riscos à saúde e à vida, tais como: rotina, horas-extras, estresse, insegurança, equipamentos inadequados (MINAYO, SOUZA; CONSTANTINO, 2008). A saúde dos policiais militares tem pouca visibilidade frente às circunstâncias internas do sistema organizativo da instituição em que trabalham.

O estudo das condições de saúde de grupos de trabalhadores específicos é importante para a caracterização dos processos de trabalho, descrição do perfil de adoecimento e identificação dos seus principais condicionantes da saúde. Nos estudos sobre as relações entre trabalho e saúde, em contextos laborais específicos, observa-se um predomínio de pesquisas em ambientes fabris, nos quais é mais fácil identificar os riscos à saúde por conta das exigências legais e normativas (ARAÚJO et al., 2005).

Essas informações são fundamentais para a organização da assistência aos trabalhadores, planejamento e execução de ações visando à proteção da saúde e prevenção de situações de risco. São importantes também para orientação as ações sindicais de reivindicação em saúde e de melhoria das condições de trabalho.

Considerando que os policiais militares são os trabalhadores investigados neste estudo, o próximo item apresenta uma breve discussão do contexto de trabalho deste

grupo, em particular, descrevendo a problemática da violência presente desde o início da organização.

2.2.3 O Policial militar e o seu contexto de trabalho

No Brasil, a violência encontra-se difusa por todas as redes de sociabilidade e poder. A problemática da violência e da criminalidade na nossa sociedade, nas duas últimas décadas, tomou proporções que vêm preocupando as autoridades e gerando insegurança entre a população. A violência está presente também nas instituições que são responsáveis por combatê-la e promover a justiça. Os órgãos de segurança pública, representados pelas polícias Civil e Militar, aparecem com frequência envolvidos em violência policial cometida principalmente contra as populações segregadas e suspeitas de algum crime.

Essa violência faz parte, desde o Brasil colonial, da estrutura social e política do país. De modo que continua presente e representada nas estruturas de poder mesmo depois do período republicano e pós-redemocratização do país em 1988. O maior dilema das autoridades políticas brasileiras tem sido a dificuldade de mantê-la sob o controle dos governos, num país tão marcado por desigualdades e onde as leis são constantemente desrespeitadas pelas elites e até mesmo pelas autoridades políticas, como largamente noticiado na mídia.

O ofício de polícia, no geral, está fortemente associado ao passado autoritário, marcado pelo uso ilegítimo da força para conter o aumento da criminalidade. As formas e as práticas de controle social têm resultado em violência policial e no desrespeito aos direitos humanos. A prática de controle social, fundada numa cultura autoritária e no uso ilegítimo da força (excesso de poder), compromete o Estado de Direito Democrático, afetando os direitos humanos (COSTA, 2004).

O crescimento da violência policial vem sendo associado ainda à ineficiência do aparelho policial, à ineficiência do sistema Judiciário e à impunidade dentro das corporações de ofício.

Chavigny (2000) afirma que o papel da polícia na América Latina foi definido erroneamente, pois muitos políticos, de forma impensada, aceitam um modelo semimilitar no qual o papel da polícia é combater o inimigo criminoso. Essa definição do papel da polícia tem gerado interpretação errônea da missão do policial em garantir a segurança

para si e para a sociedade, sendo este modelo responsável, em grande parte, pelo desvio de conduta e pela não efetivação do Estado de Direito no Brasil (COSTA, 2004).

As organizações policiais (civis e militares) brasileiras, por um lado, são originárias de corporações modernas da Europa Ocidental, surgidas na transição do século 18 para o 19, forjada na idéia de segurança pública como serviço essencial prestado pelo Estado, para a garantia de direitos e para o assentamento da autoridade. Por outro, criadas para controlar uma sociedade escravocrata, fortemente hierárquica e elitista. Desse modo, sua atuação histórica fez instituir uma ética discriminatória na prática dos deveres estabelecidos pela autoridade das leis.

Uma particularidade dessa categoria profissional é o preconceito negativo da população e de intelectuais sobre os policiais, possivelmente pelo imaginário constituído no processo de repressão, acirrado nos períodos de falta de democracia política do Estado brasileiro. Após o período do regime militar, de 1964 a 1985, a segurança pública vem sendo consolidada como importante questão da construção democrática e objeto de estudo das ciências sociais. Esse preconceito tem contribuído para a violência contra o policial, seja dentro ou fora da atividade de trabalho (MESQUITA NETO, 1999).

Cabe destacar que, em muitas Academias de Polícia, permanece ainda nos currículos a idéia de “policial guerreiro” e da existência de um “inimigo na sociedade” que precisa ser derrotado a todo custo, para resguardar os nossos valores e preservar a vida e a propriedade. Essa cultura acaba por reforçar a violência no trabalho do policial.

Nesse contexto, Mesquita Neto (1999, p.147) ressalta que:

[...]em regimes políticos democráticos, como acontece no Brasil, é inútil, além de desumano em relação aos policiais, criticar e procurar controlar a violência policial recorrendo simplesmente a mecanismos de controle formal, sejam eles internos ou externos a organização policial, e mecanismos de controle informal externo, sem oferecer aos policiais a capacitação profissional necessária para o desempenho de suas funções com o uso mínimo da força física.

Apenas criticar e denunciar os abusos e os excessos de violência cometidos por instituições e/ou agentes policiais não basta, é fundamental uma aproximação a estes setores para conhecer melhor a realidade e as condições de trabalho destes servidores públicos, para que se possam desenvolver novas práticas para aumentar a segurança dos cidadãos e fortalecer o processo de decisão democrática. Portanto, para controlar efetivamente a violência policial é necessário valorizar o policial, investir em novas metodologias e instrumentos de controle social, profissionalizar os policiais para diminuir o uso da força física e implementar políticas de segurança de prevenção (COSTA, 2004).

Essas organizações são instituições estaduais. A Polícia Militar tem como missão constitucional o policiamento ostensivo e a preservação da ordem pública, enquanto a Polícia Civil cumpre funções de policiamento judiciário, sendo responsável pela investigação e repressão aos crimes (SOUZA; MINAYO, 2005).

Os policiais, como acontece com outros trabalhadores, são expostos a eventos traumáticos e críticos como parte de sua função ocupacional. Por isso, o trabalho do policial tem sido identificado como elemento “estressor” (DECHAMPS et al., 2003).

Estudos realizados com policiais militares identificaram um perfil com maior prevalência de indivíduos de cor parda/preta, do sexo masculino, casados, jovens (com menos de 40 anos de idade) e com ensino médio completo (COSTA et al., 2007; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). Considerando a sociedade dividida em classes Soares (2000) e Sansone (2002) explicam que, na carreira militar, as pessoas de cor parda e negra encontram melhores chances de progressão, chegando a ocupar importantes cargos de chefia. Também pelo fato da população branca de classe média e alta não considerar a carreira de policial militar como desejável e adequada, com uma tendência histórica de desvalorização dessa profissão, oferecendo assim maiores oportunidades para as pessoas da classe operária e para os pardos e negros.

No item a seguir, estão apresentadas informações sobre as peculiaridades da Polícia Militar no Estado de Pernambuco, tendo em vista serem sujeitos desta investigação.

2.2.4 Polícia Militar do Estado de Pernambuco: história, missão e estrutura organizacional

A Polícia Militar de Pernambuco foi fundada mediante decreto imperial por D. Pedro I em 11 de junho de 1825, que criou na chamada Província de Pernambuco o Corpo de Polícia (www.pm.pe.gov.br):

Convindo para a tranqüilidade e segurança pública do povo da cidade do Recife, da Província de Pernambuco, a organização de um Corpo, que sendo-lhe incumbidos aqueles deveres, responda imediatamente pela sua conservação e estabilidade [...] (Decreto exposto no Salão de Honra do Quartel do Comando Geral, Recife-PE).

Este Corpo de polícia surgiu em decorrência da Confederação do Equador, movimento republicano revolucionário ocorrido em Pernambuco em 1824, e sufocado pelo Brigadeiro Lima e Silva, que atingiu as Províncias da Paraíba, Ceará e Rio Grande do Norte, cujos revolucionários foram derrotados e vários executados, entre eles o

pernambucano Frei Caneca. O efetivo inicial deste Corpo de Polícia era de 300 homens constituindo um Estado-Maior, uma companhia de Cavalaria e duas de Infantaria. Seu Primeiro Quartel estava localizado no Pátio do Paraíso, no Recife, hoje Avenida Dantas Barreto, e o 1º Comandante-Geral foi o Tenente Coronel de 1ª linha do Exército Antônio Maria da Silva Torres, que tomou parte na repressão aos mártires em 1824 (www.pm.pe.gov.br).

Entretanto, existe uma documentação comprobatória da assunção no cargo de Comandante-Geral da Polícia Militar da Província de Pernambuco, em 18 de maio de 1822, do Capitão José de Barros Falcão de Lacerda, e até referência histórica a um contrato de Maurício de Nassau com a companhia das índias ocidentais, da existência de uma Polícia Militar, datado em 23 de agosto de 1636 (www.pm.pe.gov.br).

Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no Capítulo da Segurança Pública, encontra-se definida a missão constitucional das polícias militares (BRASIL, 2000):

Art.144 – A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio através dos seguintes órgãos:

I-[...]

II-[...]

III- [...]

IV-[...]

V- policiais militares e corpo de bombeiros militares.

Parágrafo 5º Às polícias militares cabem a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública [...]

Acrescenta-se ainda a esta missão dada na Constituição do Estado de Pernambuco de 1998, o asseguramento da liberdade e das garantias individuais (PERNAMBUCO, 1998):

Art.101- A Segurança Pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública, da incolumidade das pessoas e do patrimônio e asseguramento da liberdade e das garantias individuais, através dos seguintes órgãos permanentes:

I- Polícia Civil;

II - Polícia Militar;

III- Corpo de Bombeiros Militar.

Para melhor compreensão da missão dos policiais militares, faz-se necessário definir os termos “preservação da ordem pública” e “policiamento ostensivo” através do Regulamento para Policiais Militares e Corpo de Bombeiros Militares, instituído pelo Decreto Federal nº 88.777 de 30 de setembro de 1983 (BRASIL, 1983):

Art. 2º - [...]

19) Preservação da Ordem Pública- é o exercício dinâmico do poder de polícia, no campo da segurança pública, manifestado por atuações

predominantemente ostensivas, visando a prevenir, dissuadir, coibir ou reprimir eventos que violem a ordem pública; [...]

27) Policiamento Ostensivo – ação Policial, exclusiva das Polícias Militares, em cujo emprego o homem ou a fração de tropa engajados sejam identificado de relance, quer pela farda, quer pelo equipamento, ou viatura, objetivando a manutenção da ordem pública.

Na organização, destacam-se a hierarquia e a disciplina consideradas como a base institucional da Polícia Militar. A Lei nº 6.783 de 16 de outubro de 1974 que dispõe sobre o Estatuto dos Policiais Militares de Pernambuco e define a hierarquia e a disciplina (PERNAMBUCO, 1974).

A hierarquia:

A ordenação de autoridade em níveis diferentes dentro da estrutura da Polícia Militar. A ordenação se faz por postos ou graduações, dentro de um mesmo posto ou de uma mesma graduação se faz pela antiguidade no posto ou na graduação. O respeito à hierarquia é consubstanciado no espírito de acatamento à seqüência de autoridade. (Lei nº 6.783 de 16 de outubro de 1974).

A disciplina:

A rigorosa observância e acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam o organismo policial – militar e coordenam seu funcionamento regular e harmônico, traduzindo-se pelo perfeito cumprimento do dever por parte de todos e de cada um dos componentes desse organismo. (Lei nº 6.783 de 16 de outubro de 1974).

A hierarquia militar é composta por Oficiais e Praças, sendo os primeiros hierarquicamente superiores aos segundos. Para chegar a ser Oficial e iniciar a progressão que levará ao cargo máximo de Coronel, é necessária a aprovação por concurso e realização de curso com duração de três anos de Formação de Oficiais, na Academia de Polícia Militar. Ao concluir o curso, o policial se forma Aspirante a Oficial e posteriormente a Oficial (2^o Tenente). A hierarquia nas Polícias Militares está apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 - Organização das hierarquias nas Polícias Militares

	Postos
Oficiais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coronel 2. Tenente-Coronel 3. Major 4. Capitão 5. 1º Tenente 6. 2º Tenente
Praças	<ol style="list-style-type: none"> 7. Aspirante a Oficial 8. Alunos da escola de formação de oficiais da polícia 9. Subteniente 10. 1º Sargento 11. 2º Sargento 12. 3º Sargento 13. Cabo 14. Soldado

A hierarquia é o princípio fundamental da divisão do trabalho dos PMs, expressando-se em papéis, atividades e “status” que determinam as condutas e estruturam as relações de comando-subordinação (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). É ainda a base através da qual rotineiramente se fazem cumprir honras, sinais de respeito, cerimoniais e rituais de ordem e de disciplina. Na Polícia Militar de Pernambuco, a hierarquia se dá por ciclos (oficiais e praças), no qual se institui a permanência e a mobilidade profissional.

Na hierarquia, o Oficial é preparado para exercer cargos de chefia e comando, a estes se subordinam os praças. Os Subtenentes formam o elo entre Oficiais e Cabos/Soldados que são sujeitos da execução. Conforme disposto na Lei nº 6.783 de 16 de outubro de 1974 sobre o Estatuto dos Policiais Militares do Estado de Pernambuco, Seção II – Do Comando e Da Subordinação (PERNAMBUCO, 1974):

Art. 35 – O Oficial é preparado, ao longo da carreira, para o exercício do Comando, da Chefia e da Direção das Organizações policiais – militares.

Art. 36- Os Subtenente e Sargentos auxiliam e complementam as atividades dos Oficiais, quer no adestramento da tropa e no emprego dos meios, quer na instrução e na administração; poderão ser empregados na execução de atividades de policiamento ostensivo peculiares à Polícia Militar. [...]

Art. 37- Os Cabos e Soldados são, essencialmente, os elementos de execução.

Na cultura nordestina, toda essa hierarquização possui também influência do modo de produção e de poder tanto dos “coronéis” das usinas de cana-de-açúcar como dos “coronéis” da pecuária no sertão, com a formação das milícias que são bastante ilustrativas da história do cangaço, quando se imbricavam interesses e lutas, nem sempre ou quase nunca de interesse público.

O disciplinamento se configura como um método de controle minucioso do corpo, supondo um binômio de docilidade-utilidade em relação ao espaço, ao tempo e aos movimentos, exercitando os indivíduos para a destreza no trabalho. Mas a disciplina, tal como é exercida na Polícia Militar, atinge não só o corpo como a atividade em si, exigindo controle dos expedientes, horários, escalonamentos; fazendo o tempo penetrar no corpo, programando-o para execução da ação; articulação do corpo com os objetos manipulados; sujeitos a fiscalização e ao controle dentro da rígida hierarquia, fazendo com que as ordens decorram quase naturalmente de forças de poder; de forma que um simples olhar já apareça como elemento de coerção e imposição (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008).

Os dois princípios que formam a base da instituição policial e norteiam as ações são frutos da organização militar e atuam ao mesmo tempo como uma identificação e uma pressão na atividade do policial.

Há ainda, na organização o instituto de condecorações, medalhas, elogios, proibições, repreensões e punições que acompanham o sistema de classificação e reafirmam sempre a posição do indivíduo na instituição, reforçando a cultura da fragmentação das atividades entre quem manda e quem faz. Nos últimos 25 anos, a fragmentação das tarefas, próprias do taylorismo e do fordismo, tem sido alvo de grandes críticas teóricas e práticas, evidenciando que nem do ponto de vista da produtividade nem da organização do trabalho esta separação é eficiente (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Desta forma, a Polícia Militar é legitimada por lei, organizada e estruturada nos princípios da hierarquia e da disciplina.

O efetivo fixado pela Polícia Militar de Pernambuco conforme Lei estadual nº 13.233, de maio de 2007, corresponde a 30.342 (trinta mil trezentos e quarenta e dois) militares estaduais, distribuídos entre oficiais e praças (PERNAMBUCO, 2007). Entretanto, o efetivo existente, em abril de 2007, correspondia a 17.263 (dezessete mil duzentos e sessenta e três) militares, de acordo informações da Secretaria de Defesa Social do Estado.

O ingresso na Polícia Militar de Pernambuco é estabelecido, conforme mais recente decreto do governador do Estado, pela Lei Complementar Nº108 de 14 de maio de 2008, que dispõe sobre o ingresso nas Corporações Militares do Estado, e dá outras providências (PERNAMBUCO, 2008).

No Capítulo I - Do Ingresso na Polícia Militar e no corpo de bombeiros militar, nas Seções I disposições preliminares (Art. 1º) e II das Etapas (Art. 2º e 3º):

Art. 1º - O ingresso na Polícia Militar de Pernambuco - PMPE e no Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco CBMPE, nos quadros ou qualificações discriminados na presente Lei, dar-se-á mediante nomeação, após aprovação e classificação em concurso público, de provas ou de provas e títulos, realizado em duas etapas, conforme o disposto nesta Lei Complementar e em consonância com a legislação em vigor.

Art. 2º - As etapas do concurso destinam-se a proporcionar uma avaliação precisa da capacidade e da aptidão do candidato a ingresso na Polícia Militar e no Corpo de Bombeiros Militar, levando em consideração as exigências intelectuais, de saúde, de aptidão física, de conduta civil e psicológica, impostas pelas condições de execução do serviço militar estadual.

Art. 3º - As etapas do concurso são as seguintes:

I – 1ª Etapa, destinada à admissão ao Curso de Formação Profissional, constará das seguintes fases:

a) Exame de habilidades e conhecimentos aferidos por meio de aplicação de provas objetivas, provas discursivas e provas orais ou prático-orais, na forma da presente Lei Complementar, de caráter eliminatório e classificatório;

b) Exames Médicos, de caráter eliminatório;

c) Exames de aptidão física, de caráter eliminatório;

d) Avaliação psicológica, de caráter eliminatório.

II – 2ª Etapa, que consistirá de Curso de Formação Profissional, de caráter eliminatório e classificatório. [...]

Os cursos de formação profissional são também discriminados no Capítulo II (Art. 16 e 17) da referida Lei Complementar:

Art. 16 - Os cursos de formação profissional para ingresso nos quadros ou qualificações discriminados nesta Lei Complementar, que consistem na 2ª etapa do concurso, são os seguintes:

I - Curso de Formação de Oficiais (CFO);

II – Curso de Formação de Oficiais de Saúde (CFOS);

III - Curso de Formação de Soldados (CFSd).

Parágrafo Único - Os conteúdos normativo e programático dos cursos serão disciplinados em Decreto.

Art. 17 - O candidato que concluir o curso de formação com aproveitamento, satisfeitos os demais requisitos previstos nesta Lei Complementar, será nomeado militar do Estado, no respectivo posto ou graduação inicial do quadro ou qualificação a que passará a integrar. [...]

Para compor o quadro de oficiais da Polícia Militar, os requisitos estão dispostos no Capítulo III (Art. 19 a 21) na mesma Lei Complementar:

Art. 19 - Para fins de ingresso nos termos desta Lei Complementar, o Quadro de Oficiais do CBMPE é denominado Quadro de Oficiais Combatentes.

Art. 20 - São requisitos gerais para ingresso nos Quadros de Oficiais da PMPE ou do CBMPE:

I - ser brasileiro;

II - estar em dia com as obrigações militares e eleitorais;

III - não ter antecedentes policiais ou criminais;

IV - estar no gozo de seus direitos civis e políticos;

V - ter a idade, a altura e o nível de escolaridade estabelecido nesta Lei Complementar;

VI - ter conduta civil compatível com o cargo policial-militar ou bombeiro-militar pretendido, devidamente verificado em investigação social a cargo da Secretaria de Defesa Social; e

VII - ter aptidão para a carreira de militar do Estado, aferida através da prova escrita, de saúde, de aptidão física, aptidão psicológica, investigação social e curso de formação.

Art. 21 - São requisitos particulares para ingresso nos Quadros de Oficiais Policiais Militares (QOPM) e de Oficiais Combatentes (QOC):
 I – possuir curso de graduação superior, no ato da inscrição do concurso, concluído em Instituição de Ensino Superior reconhecida nos moldes da legislação federal;
 II – ter, no máximo, 28 (vinte e oito) anos de idade completos, no ato de ingresso na carreira de militar do Estado;
 III - ser habilitado para a condução de veículos automotores, nos termos estabelecidos no Edital do concurso; e
 IV – possuir altura mínima de 1,65 para homens e 1,60 m para mulheres.[...]

As qualificações mínimas exigidas para o quadro dos praças de Polícia estão apresentadas no Capítulo IV (Art. 27 a 30) da referida Lei:

Art. 27 - As Qualificações Militares da PMPE e do CBMPE, para fins de ingresso nos termos desta Lei Complementar, destinadas a atender às necessidades de suas organizações militares estaduais, são as seguintes:
 I – Qualificação Policial Militar Geral (QPMG);
 II – Qualificação Bombeiro Militar Geral (QBMG).
 Art. 28 - São requisitos gerais para ingresso nas Qualificações Policiais Militares e Bombeiros Militares de que trata este Capítulo:
 I – ser brasileiro;
 II – estar em dia com as obrigações militares e eleitorais;
 III – não ter antecedentes policiais ou criminais;
 IV – estar no gozo de seus direitos civis e políticos;
 V – possuir altura mínima de 1,65 para homens e 1,60 m para mulheres
 VI – ter concluído o ensino médio ou correspondente, em instituição de ensino reconhecida nos moldes da legislação federal;
 VII – ter, no máximo, 28 (vinte e oito) anos de idade completos e, no mínimo, 18 (dezoito) anos completos, no ato de ingresso na carreira de militar do Estado;
 VIII – ser habilitado para a condução de veículos automotores, nos termos estabelecidos no Edital do concurso.
 Art. 29 - A ordem hierárquica de colocação dos aprovados resultará da classificação final e geral do curso de formação respectivo.
 Art. 30 - O aluno que concluir o Curso de Formação de Soldados, com aproveitamento, satisfeitos os demais requisitos previstos nesta Lei, será nomeado soldado e incluído como Praça da Qualificação Policial Militar Geral.

O regime de trabalho do policial militar está regulamentado pela Lei Complementar nº049, de 31 de janeiro de 2003, Artigo 46, da seguinte forma:

III – fixada, além de jornada de trabalho normal, a jornada especial, em regime de plantão, para os integrantes dos órgãos componentes do sistema de segurança pública, gerido pela Secretaria de Defesa Social, civis ou militares, em doze horas de atividade por trinta e seis de repouso, respeitadas as situações especiais definidas em regulamento;[...]

A Polícia Militar de Pernambuco é estruturada por unidades operacionais que são organizadas, em sua grande maioria, conforme localidades de atuação. Estas são regidas pela Diretoria Geral de Operações (DGO) que compreende os Comandos (www.pm.pe.gov.br). No Quadro 4, pode ser observada a estruturação da Polícia Militar de Pernambuco de acordo com os comandos e unidades operacionais.

Quadro 4 - Comandos e Unidades Operacionais da Polícia Militar de Pernambuco.

Comandos	Unidades
Policiamento da Capital (CPC)	11º BPM Batalhão 17 de Agosto, 12º BPM Batalhão Novo Arruda, 13º BPM Batalhão Coronel João Nunes, 16º BPM Batalhão Frei Caneca, 19º BPM Batalhão André Vital de Negreiros;
Policiamento Metropolitano (COM)	1º BPM Batalhão Duarte Coelho, 6º BPM Batalhão Henrique Dias, 17º BPM Batalhão General Abreu e Lima, 18º BPM Batalhão Coronel Agenor Cavalcanti, 20º BPM Batalhão Coronel PM Olinto de Melo Viana;
Policiamento da Zona da Mata (CPZM)	2º BPM Batalhão João Fernandes Vieira (Nazaré da Mata), 10º BPM Batalhão Joaquim Nabuco (Palmares), 21º BPM Batalhão Monte Das Tabocas (Vitória de Santo Antão);
Policiamento do Agreste (CPA)	4º BPM Batalhão Barreto de Menezes (Caruaru), 9º BPM Batalhão Monsenhor Arruda Câmara (Garanhuns), 15º BPM – Batalhão Desembargador João Paes (Belo Jardim), 22º BPM Batalhão Coronel PM Antônio Barbosa de Lucena (Surubim), 3º CIP Companhia Independente Tenente PM Teofanes Ferraz Torres Filho (Santa Cruz do Capibaribe);
Policiamento do Sertão (CPS)	3º BPM Batalhão Martins Soares Moreno (Arcoverde), 5º BPM Batalhão Governador Nilo Coelho (Petrolina), 7º BPM Batalhão Voluntários da Pátria (Ouricuri), 14º BPM Batalhão Coronel PM Manoel de Souza Ferraz (Serra Talhada), 23º BPM Batalhão Coronel PM Presciliano Pereira de Moraes (Afogado da Ingazeira), 1º CIP Companhia Independente Rio São Francisco (Belém do São Francisco), 2º CIP Companhia Independente Capitão PM Arlindo Rocha (Cabrobó), 4º CIP Companhia Independente Tenente PM Cirilo Gomes de Araújo (Petrolândia);
Policiamento Especializado (CPE)	BPRp-Batalhão de Rádio Patrulha, RPMOn- Regimento de Polícia Montada Dias Cardoso, BPchoque-Batalhão Matias de Albuquerque, 1º CIOE-Companhia Independente de Operações Especiais, CIPCães-Companhia Independente de Policiamentocom Cães, 1º CIPOMA-Companhia Independente de Policiamento do Meio Ambiente, 1º BPTran-Batalhão de Transito Felipe Camarão, BPRv-Batalhão de Polícia Rodoviária, BPgd- Batalhão de Polícia de Guarda Paulo Guerra, CIPmoto-Companhia Independente de Policiamento com Motocideta, CIATur-Companhia Independente de Apoio ao Turista, CITAer- -Companhia Independente Tático Aérea, CIOSAC-Companhia Independente de Operações e Sobrevivência na Área de Caatinga.

Fonte: www.pm.pe.gov.br

Destaca-se dentre as unidades operacionais da Polícia Militar de Pernambuco o Comando de Policiamento da Capital, pois fazem parte deste os batalhões que atuam na segurança e manutenção da ordem nos bairros localizados na capital pernambucana. Onde há uma maior concentração de problemas vinculados à desigualdade social, desemprego, violência e criminalidade. Face este aspecto, acredita-se que os policiais militares lotados nestes batalhões estão mais expostos a situações de riscos que podem afetar as suas condições de trabalho, saúde e modos de vida.

Tendo em vista que o trabalho dos policiais os submete às situações de pressão desfavoráveis à saúde e pouco se conhece sobre os modos de vida da população brasileira, sobretudo de grupos específicos de trabalhadores, como os policiais. A seguir

são apresentados alguns dados, que foram disponibilizados, sobre os modos de vida da população em geral e de trabalhadores, especialmente policiais.

2.3 Modos de vida

2.3.1 Modos de vida: condições e estilo de vida

A expressão “modo de vida” foi utilizada por Marx e Engels como elemento básico de análise das formações sociais. O modo pelo qual os homens produzem seus meios de subsistência depende, antes de tudo, da natureza dos meios que eles encontram e têm de reproduzir. Este modo de produção não deve ser considerado, simplesmente, como a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se, antes, de uma forma definida de atividade destes indivíduos, uma forma definida de expressarem suas vidas, um definido modo de vida deles. Assim como os indivíduos expressam suas vidas, assim eles são (MARX; ENGELS, 1977).

O conceito de “modo de vida” vem assumindo uma posição de destaque na construção teórica em saúde coletiva que resulta em uma nova vertente da epidemiologia crítica. Segundo Almeida-Filho (2004), a expressão “modo de vida” é empregada para designar as “condições naturais de existência” ou o “modo objetivo de existência”. Possas (1989) faz referência ao conceito de “modo de vida” como ampla e fundamental instância determinante do processo saúde-doença, sendo mediada por duas dimensões intervenientes: as condições de vida e o estilo de vida. Condições de vida são aquelas relativas as condições necessárias à sua reprodução social (nutrição, convivência, saneamento, condições ambientais), que é determinada pelos padrões de produção e a capacidade de consumo. Enquanto o estilo de vida é referido como formas sociais e culturalmente determinadas de viver, que são expressas por condutas como prática de exercícios, dieta, consumo de álcool e fumo e outros hábitos culturalmente legitimados, constituem o estilo de vida de grupos e/ou de indivíduos (MARTINS et al., 1995; POSSAS, 1989).

As condições de vida e de saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, no último século, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, bem como aos avanços da medicina e da saúde pública (BUSS,

2000). No entanto, apesar da incontestável melhoria, permanece um cenário de profundas desigualdades nessas condições entre os países e, dentro deles, entre regiões e grupos sociais. Isso se torna mais visível quando se investigam as condições de morbimortalidade prevalentes, com a permanência de problemas já resolvidos em muitos lugares e em diversas populações (como certas doenças infecciosas e parasitárias e condições de infra-estrutura urbana básica) e ainda o crescimento de outros problemas (como as doenças crônico-degenerativas e a aids) e de problemas antes não considerados importantes decorrentes do estilo de vida e da violência (ibid).

A resposta do Estado a esses problemas tem sido principalmente através de amplos investimentos em assistência médica curativa e individual e pouco tem se investido em ações preventivas e de promoção da saúde. Apesar da necessidade de melhorias das condições de vida e de promoção da saúde, países como o Brasil e outros da América Latina mantêm péssima distribuição de renda, alto índice de analfabetismo, baixo grau de escolaridade e precárias condições de habitação (BUSS, 2000).

No campo da saúde pública, tem se ampliado a relevância sobre os aspectos condições de vida e estilos de vida, sobretudo quando a preocupação é com os aspectos de promoção, proteção da saúde e prevenção de riscos. Neste campo, ressaltam-se dois importantes documentos o Relatório de Lalonde e a Carta de Otawa.

A Promoção à Saúde moderna tem como documento de referência o Relatório Lalonde, publicado em 1974. Esse documento, um memorando de discussão produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá sintetizou um ideário que preconiza como eixo central de intervenção um conjunto de ações que procuram intervir positivamente sobre comportamentos individuais não-saudáveis. O resultado se concretiza na produção de um modelo que inter-relaciona quatro grupos explicativos do fenômeno saúde/doença: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde (CARVALHO, 2004).

Posteriormente, limites teóricos e práticos da abordagem behaviorista estimulam o surgimento, nos anos 80, de uma perspectiva socioambiental. Esta corrente, visando a diferenciá-la da que lhe antecedeu, introduziu novas idéias, linguagens e conceitos sobre o que é saúde e apontou novos caminhos para a produção da saúde. Este ideário está detalhado em inúmeros documentos institucionais, merecendo destaque, entre outros, o memorando de trabalho disseminado pelo Escritório Europeu de Promoção à Saúde em 1984, que sintetiza pela primeira vez as grandes linhas de ação da Nova Promoção à

Saúde e a Carta de Ottawa produzida durante a 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada no Canadá no ano de 1986 (CARVALHO, 2004).

No Brasil, são recentes, no campo da saúde, medidas de políticas públicas que incentivam a adoção de estilos de vida saudáveis. Como, por exemplo: o Programa Agita São Paulo, que foi criado em fevereiro de 1997 para combater o sedentarismo no Estado de São Paulo promovendo o nível de atividade física e o conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativa; o Programa Academia da Cidade, em Recife, que foi implantado em 2002, requalificando espaços públicos e oferecendo oportunidade para prevenção de doenças, através da prática de atividades físicas.

Estudos nacionais sobre indicadores de saúde e estilos de vida vêm sendo realizados em regiões e locais diferentes do país. Pesquisa realizada com a população do município de Cotia-SP com o objetivo de caracterizar hábitos (álcool, fumo e atividade física) do estilo de vida em um grupo socioeconômico típico mostrou que o fumo predominou entre homens distribuídos uniformemente entre as classes sociais (38,5% a 45,3%) e entre as mulheres foi de 18,9% e com diferença significativa entre as classes sociais, sendo maior para as mulheres de maior classe social (40,7%); o estilo de vida sedentário apresentou alta prevalência, tanto para homens (36,3% a 47,2%) quanto para mulheres (18,9 a 42,4%), e com diferença significativa entre as classes sociais para as mulheres, sendo menor para as mulheres de maior classe social (18,9%); enquanto o consumo de álcool é o hábito basicamente dos homens (9,9 a 18,2%) e maior para as classes de nível mais baixo (MARTINS et al., 1995).

O primeiro inquérito de base populacional sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), de ampla cobertura no Brasil foi realizado pelo Instituto Nacional de Câncer por intermédio da Secretaria de Vigilância Epidemiológica, Ministério da Saúde, em 15 capitais e no Distrito Federal de 2002-2003. Os resultados revelaram elevada prevalência dos principais fatores de riscos de DANT como fumo, sobrepeso/obesidade, atividade física insuficiente e consumo elevado de álcool (INCA, 2004a).

As evidências, na literatura especializada, indicam que o sedentarismo, o fumo, o consumo de bebidas alcoólicas e a obesidade, estes últimos pela elevação da pressão arterial, são preditores da mortalidade por todas as causas. Além disso, o surgimento de diversas das doenças, sobretudo as crônicas não-transmissíveis, está relacionado com o que as pessoas comem, bebem, com suas atividades diárias e com seu ambiente físico e social (CHOR, 1999).

Alguns estudos publicados sobre estilo de vida de policias se referem a levantamentos de um ou outro aspecto, não observando o conjunto de situações de risco e de problemas correlatos presentes no contexto de trabalho. Esses estudos revelam dados com maior prevalência de eventos negativos decorrentes do estilo de vida, particularmente do excessivo consumo de bebidas alcoólicas (FERREIRA et al., 2002; SOUZA, 2004) e da pouca atividade física e/ou aptidão física para um bom desempenho de suas atividades ocupacionais (SORENSEN et al., 2000; BOYCE et al., 2006; NABEEL et al., 2007).

Foram identificados quatro trabalhos com um escopo de estudo mais amplo que levantaram dados sobre estresse, fumo, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física (RICHMOND et al., 1998; MINAYO; SOUZA, 2003; COSTA et al., 2007; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008).

Richmond et al. (1998) estudaram o estilo de vida não saudável de 852 policiais de New South Wales, na Austrália, e constataram que apenas 8% dos homens não consumiam bebidas alcoólicas; 27% eram fumantes; 21% não se exercitavam. Neste mesmo estudo foi utilizada uma medida agregada para avaliar os hábitos não saudáveis do estilo de vida identificando que 19% tinham de três a cinco hábitos não saudáveis, 64% de um a dois e 17% nenhum.

Minayo e Souza (2003), em investigação com policiais civis da cidade do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, observaram que cerca de 80% não faziam atividade física regular, 20,2% apresentaram sofrimento psíquico, 19% eram fumantes e 10,5% consumiam bebidas alcoólicas diariamente ou em quatro ou mais vezes por semana.

Costa et al. (2007) em uma amostra representativa de policiais militares da cidade do Natal-RN, Brasil verificaram que 47% tinham sintomas de estresse, 14% eram fumantes, 62% não faziam atividade física regular e 64% consumiam bebidas alcoólicas.

Minayo, Souza e Constantino (2008), em estudo recente, analisaram as condições de vida, trabalho e saúde de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, destes 35,7% informaram vivenciar sofrimento psíquico, 19,1% eram fumantes e 45% apresentaram um consumo de bebidas alcoólicas diário ou semanal.

O ambiente de trabalho é potencialmente importante para ações de prevenção e promoção de um estilo de vida saudável, mas em geral é pouco explorado para este fim. “A profissão de policial militar é uma atividade de alto risco, uma vez que esses profissionais lidam, no seu cotidiano, com a violência, a brutalidade e a morte” (COSTA et al., 2007). Do mesmo modo que a sociedade exige e necessita de policiais competentes e honestos, comprometidos com os ideários da organização a que pertencem, esses

profissionais precisam, também, ser acompanhados e melhor avaliados no seu modo de vida e nas suas condições de saúde.

A adoção de um estilo de vida saudável desempenha um papel significativo na prevenção de doenças, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas, através de atitudes como: evitar o uso de cigarros e o consumo de bebidas alcoólicas, manter bons relacionamentos com a família e amigos, praticar atividades físicas regulares e controlar o estresse. No entanto, como já discutido anteriormente, os estilos de vida individuais não dependem somente de uma escolha pessoal, pois estão claramente condicionados por determinantes sociais, culturais e econômicos.

Considerando que o fumo, o consumo de bebidas alcoólicas e os hábitos de atividades físicas são comportamentos do estilo de vida que foram investigados por outros estudos com policiais e que possuem importantes implicações de saúde pública, por esses motivos são focos do presente estudo e estão discutidos mais detalhadamente.

2.3.2 Estilo de vida: consumo de bebidas alcoólicas e suas implicações na saúde

Nas sociedades, de modo geral, é cada vez mais crescente o consumo de bebidas alcoólicas, gerando uma preocupação sanitária por serem produtos psicotrópicos que atuam sobre o sistema nervoso central, provocando mudanças de comportamento, tendo potencial para desenvolver dependência, além de favorecer diversos outros problemas de saúde (INCA, 2004a). No entanto, são ainda comercialmente liberados e até, de certa forma, incentivados pela sociedade.

No âmbito mundial, estima-se que o consumo abusivo de álcool esteja relacionado anualmente com cerca de 3% de todas as mortes e 4% das incapacidades ajustadas aos anos de vida perdidos. Nos países em desenvolvimento, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, sendo responsável por cerca de 6% das incapacidades ajustadas aos anos de vida (WHO, 2002; INCA, 2004a). Devido às implicações e os gastos públicos e privados decorrentes do uso/abuso ou dependência do álcool, com prejuízos para as condições de saúde, o trabalho e a família, o estudo deste comportamento torna-se relevante para a sociedade.

Embora seja reconhecido que o consumo moderado de determinadas bebidas alcoólicas possa trazer benefícios para a saúde, o consumo excessivo favorece o surgimento de várias doenças. O mecanismo do efeito protetor do consumo moderado

tem sido postulado como sendo a modificação da lipoproteína de alta-densidade e agregabilidade de plaquetas e o mais baixo nível de fibrinogênio (SAITO et al., 2005).

As consequências dos transtornos decorrentes do uso de álcool (compreendendo abuso e dependência) são bem conhecidas e descritas na literatura, promovendo desordens psíquicas (como ansiedade, depressão, violência e até suicídio), orgânicas (cardiopatias, neuropatias, doença hepática e neoplasia, dentre outras) e socioeconômicas (PAZ FILHO et al., 2001; RHEM et al., 2003). A detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool é um dos primeiros passos a serem dados para que os problemas decorrentes sejam minimizados.

Na população adulta da América Latina, indicadores de alcoolismo flutuam entre 4 a 24% (RHEM et al., 2003). No Brasil, dados do inquérito realizado pelo Instituto Nacional de Câncer de 2002-2003, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, detectaram uma prevalência do consumo de bebidas considerado de risco (superior a duas doses/dia para homens e superior a uma dose/dia para mulheres) variando de 4,6% em Curitiba a 12,4% em Vitória (INCA, 2004a).

Por se tratar de uma doença cujo diagnóstico depende de uma detalhada anamnese, voltada especialmente para o problema, e pela falta de testes complementares eficazes, o alcoolismo é freqüentemente sub-diagnosticado (PAZ FILHO et al., 2001). Diversos instrumentos diagnósticos foram desenvolvidos como questionários padronizados voltados à detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool, como o CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas – cut down, annoyed by criticism, guilty e eye-opener), o MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), e o TWEAK (tolerance, worry, eye opener, amnesia cut down). O questionário CAGE é utilizado como ponto de corte de duas respostas afirmativas sugerindo “screening” positivo para abuso ou dependência de álcool (PAZ FILHO et al., 2001).

Em estudo realizado com policiais militares (PMs) do Estado do Amazonas foi aplicado o CAGE e cerca de 20% destes foram considerados como possíveis portadores de doença alcoólica (FERREIRA et al., 2002). Outro estudo também com PMs utilizou o CAGE, em PMs do Batalhão da Rádio Patrulha de Pernambuco, encontrando uma prevalência de 25% para possíveis portadores de doença alcoólica (SOUZA, 2004).

Em estudo realizado com uma amostra representativa de oficiais da Polícia australiana foi conduzido de 1989 a 2005 e identificou que o consumo elevado de álcool declinou lentamente ao longo dos anos, enquanto o hábito de fumar permaneceu estável ao longo dos anos (DEREK, 2007). O consumo abusivo de álcool e o hábito de fumar são importantes questões de saúde ocupacional que requerem a aplicação de medidas de

prevenção e promoção da saúde. Sobretudo, em policiais pelo tipo de atividade de trabalho, em que existe a convivência cotidiana com situações de riscos à saúde e à vida, devendo estes talvez até mais do que outros profissionais necessitarem de uma boa saúde física e mental para o desempenho de sua profissão.

Um aspecto relevante em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e também ao hábito de fumar é a relação destes hábitos com as desigualdades sociais, segundo a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS (CNDSS, 2008). Nos relatórios da OMS, o hábito de fumar passou por uma transição dos países desenvolvidos para aqueles em desenvolvimento, quando se espera para 2020 que de cada dez mortes relacionadas ao fumo, sete aconteçam nos países em desenvolvimento. Em relação ao alcoolismo, este fato parece menos evidente, com um maior consumo de bebidas alcoólicas entre aqueles de maior nível econômico (MONTEIRO et al., 2007).

Os padrões de distribuição das desigualdades de saúde em relação ao consumo de bebidas alcoólicas podem variar conforme país, gênero, tipo de bebida e classificação de consumo de álcool utilizada (BLOOMFIELD et al., 2006). Considerando estas variações, poderia se concluir que, para adquirir bebida alcoólica, é necessária uma renda mínima, pois quanto maior a renda maior a facilidade de consumo. Entretanto, estudo realizado na cidade de Pelotas-RS mostrou que comportamentos mais abusivos ou problemas relacionados com o consumo parecem ocorrer mais frequentemente entre pessoas de níveis econômicos mais baixos (DIAS-DA-COSTA et al., 2004).

Segundo a CNDSS (2008), o enfrentamento dos problemas relacionados ao álcool e fumo depende do conhecimento do padrão de acesso e consumo destas drogas. Outro aspecto importante citado é a relação entre trabalho e o consumo de álcool, pois parece que este padrão de comportamento se torna hábito no adulto, pelo fato de sair para trabalhar e ter renda própria, o que pode ser distorcido e favorecer o consumo do álcool.

Diversas são as consequências oriundas do consumo excessivo do álcool que vão desde os altos custos médicos por lesões e transtornos, improdutividade no trabalho, além de consequências sociais como violência, acidentes, suicídio e problemas no contexto familiar.

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 de beber, bem como os aspectos culturais que favorecem e/ou estimulam o consumo de bebidas alcoólicas. Devido à magnitude dos problemas associados ao uso do álcool e face aos interesses

das indústrias de bebidas, faz-se necessário o envolvimento de toda a sociedade para que políticas públicas sejam efetivamente propostas e executadas.

2.3.3 Estilo de vida: hábito de fumar e suas implicações na saúde

O hábito de fumar se constitui também como um dos principais condicionantes da morbimortalidade em todos os países do mundo. O fumo tem sido amplamente descrito como importante fator de risco para diversos problemas específicos de saúde como os cardiovasculares, os pulmonares e certos tipos de câncer. No Brasil, as estimativas da prevalência do hábito de fumar sugerem que os grupos mais vulneráveis são os homens e pessoas de menor nível socioeconômico (INCA, 2004a; OLIVEIRA, VALENTE; LEITE, 2008).

As causas para a maior prevalência de tabagismo no sexo masculino são históricas e culturais, pois este comportamento teve início no mundo como predominantemente masculino. Durante e após a I Grande Guerra Mundial, observou-se um dramático aumento do hábito de fumar nos homens.

A associação entre fumo e pobreza tem sido alvo de atenção e mobilização da Organização Mundial da Saúde e foi tema da discussão, no ano de 2004, da data comemorativa “dia 31 de Maio, dia mundial sem tabaco”, tendo em vista que muitas famílias pobres comprometem a renda mensal familiar com a compra de tabaco, piorando ainda mais o seu estado de pobreza e saúde (INCA, 2004a). Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003, nas famílias brasileiras de menor renda, o gasto com tabaco chega a ser maior do que com alguns alimentos tais como pão, leite, ovos, legumes e frutas (IBGE, 2003). Além disso, o tabaco é um fator de degradação da vida, do ambiente e da saúde dos fumicultores. Para modificar esta situação, algumas medidas de saúde pública já foram implementadas no Brasil, como aquelas que elevam os preços dos cigarros e a conseqüente diminuição do uso do fumo entre os jovens e pessoas de baixa renda (INCA, 2004b).

No estudo clássico de Framingham, o risco de fumantes desenvolverem uma doença arterial periférica foi duas vezes maior do que em não fumantes; o fumo provoca efeitos deletérios que interferem na circulação sangüínea, atingindo o endotélio, as plaquetas, a coagulação sangüínea e os vasos de maneira geral (KAUFFMAN, 1999).

O hábito de fumar pode matar de várias maneiras, sendo risco para seis das oito principais causas de morte no mundo. A cura para esta epidemia devastadora não depende de medidas como vacinas ou medicamentos, mas de ações apropriadas do governo e da sociedade civil (WHO, 2008). A maior parte dos problemas de saúde relacionados ao fumo não são evidentes durante anos ou mesmo décadas após início do hábito de fumar. Dessa forma, a epidemia do fumo tende a ser crescente mesmo com a diminuição do hábito de fumar pelas campanhas de educação e saúde.

Segundo a OMS, no ano de 2008 o fumo será responsável por mais de cinco milhões de mortes, mais do que a tuberculose, HIV/Aids e a malária combinadas (WHO, 2008). Estima-se que o número de fumantes passará do ano 2000 para 2030 de 1,2 bilhões pra 1,6 bilhões e o número de mortes anuais atribuíveis ao fumo se elevará de 4,9 para 10 milhões, sendo que 70% destas ocorrerão nos países desenvolvidos (WHO, 2004; WHO, 2008). Essa elevada prevalência de fumantes no mundo deve-se principalmente à ação da indústria do tabaco, por seus grandes investimentos em promoção e propaganda de cigarros, sendo que os alvos principais destas campanhas são os jovens e adolescentes. Cerca de 80% a 90% dos fumantes iniciam-se no tabagismo antes dos 18 anos, sendo que, nos países em desenvolvimento, a maior proporção de jovens inicia-se em torno dos 12 anos (WHO, 2008).

No Brasil, conforme dados de uma pesquisa realizada em 15 capitais e no Distrito Federal, as estimativas do hábito de fumar indicaram maior prevalência do uso regular de cigarros na cidade de Porto Alegre (25,2%) e a menor em Aracaju (12,9%), sendo que a prevalência de fumantes foi maior entre os homens, as pessoas de menor escolaridade e de menor nível socioeconômico, e a idade de iniciação se instalou antes dos 20 anos para 70% dos fumantes (INCA, 2004a).

Na investigação de Boyce et al. (2006) com policiais verificou-se uma prevalência de 21% de fumantes, sendo significativamente maior a prevalência de fumantes entre os mais velhos. Controlando para sexo e idade, os fumantes foram significativamente aqueles de menor aptidão física (flexibilidade, resistência e força).

Além das consequências à saúde o fumo eleva os custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao fumo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde (INCA, 2004b). O reconhecimento de que a expansão do hábito de fumar é um problema global com consequências para a saúde pública requer uma colaboração de toda a sociedade para uma resposta mais efetiva. Os prejuízos provocados pelo uso do fumo são

amplamente conhecidos e seu controle é considerado pela OMS como um dos maiores desafios da saúde pública atualmente (HORTA, et al., 2001).

Dados nacionais sobre o hábito de fumar de policiais militares são escassos, tendo em vista que essas informações são importantes para que medidas específicas de prevenção e cessação deste hábito possam ser efetuadas, um levantamento deste hábito foi realizado neste estudo.

2.3.4 Estilo de vida: hábitos de atividades físicas e de lazer e suas implicações na saúde

Por atividade física entendem-se todas as formas de movimento corporal, com gasto energético acima do nível basal (CASPERSEN; POWEL; CHRISTENSEN, 1985). Dentre as formas, estas podem ser categorizadas de acordo com a modalidade, intensidade e finalidade. Incluem exercícios físicos e esportes, deslocamentos, atividades laborais, afazeres domésticos e outras atividades físicas no lazer. É importante destacar que a atividade física do ser humano tem características determinantes de ordem biológica e cultural, igualmente significativas nas escolhas e nos benefícios derivados desse comportamento (NAHAS, 2001).

A informatização e a automação, entre outros avanços tecnológicos, modificaram a organização e os ambientes de trabalho, alterando o estilo de vida, por exemplo, com a diminuição do tempo dedicado ao lazer e a redução das atividades físicas (AF). Esta última tem sido apontada como importante determinante para saúde, tendo em vista que prática de atividades físicas regulares contribui efetivamente para reduzir a morbimortalidade de importantes doenças crônicas não transmissíveis e, ainda, promover o bem-estar, a auto-estima, a resistência física e a disposição para as atividades cotidianas, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão (SALLES-COSTA, et al., 2003; WHO, 2003a).

A inatividade física é responsável por aproximadamente dois milhões de mortes anualmente no mundo. Estima-se que seja responsável por 10% a 16% dos casos de câncer de mama e de cólon e por diabetes, além de 22% das doenças isquêmicas do coração (WHO, 2003a). A inatividade física é mais prevalente em mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível sócio-econômico e incapacitados. A partir da adolescência, as pessoas tendem a diminuir, de forma progressiva, o nível de atividade física (BRASIL, 2002).

Apesar do reconhecimento da relevância da prática regular das atividades físicas para a saúde e qualidade de vida, a prevalência na população de indivíduos insuficientemente ativos é alta, principalmente nos centros urbanos e áreas mais industrializadas (DIAS-DA-COSTA et al., 2005).

Em vários países, tem sido constatada uma redução da prática das atividades físicas no tempo de lazer. No Brasil, estudos de abrangência nacional sobre os hábitos de atividades físicas da população ainda são escassos. Pesquisa realizada em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, levantou informações sobre o nível de atividade física através do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ), versão 8, forma curta, este instrumento contém perguntas relacionadas à frequência (dias/semana) e à duração (tempo por dia) da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e caminhada. A prevalência de insuficientemente ativos, ou seja daqueles que realizam menos de 150 minutos/semana de atividades físicas, variou entre 28,2% e 54,5% entre as capitais investigadas (INCA, 2004a).

Considerando as evidências de que a prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção do crescimento da carga global de doenças crônicas, a Organização Mundial de Saúde, através da “Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde” recomenda que os indivíduos se envolvam em atividades físicas regulares, com intensidade moderada, em pelo menos 30 minutos e na maioria dos dias da semana e este comportamento deverá ser mantido para a vida toda (WHO, 2002). Esse nível de atividade pode ser alcançado em atividades da vida diária, como caminhar para o trabalho, subir escadas e dançar, bem como atividades de lazer e esportes recreativos. O atendimento desta simples recomendação irá promover benefícios de saúde, como a redução do risco de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon e mama. Diferentes tipos, frequência e duração de atividades físicas são requeridos para diferentes resultados de saúde. De forma que benefícios adicionais à saúde e à aptidão física podem ocorrer com o aumento da quantidade e da intensidade (NIEMAN, 1999).

Pelo menos 60% da população mundial não se enquadra na recomendação mínima de 30 minutos de atividades físicas moderadas por dia. Para estes indivíduos, o risco de doenças cardiovasculares aumenta em 1,5 vezes (WHO, 2003). A inatividade física não representa apenas um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, mas também acarreta um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade.

O estilo de vida ativo tem sido associado a mudanças de comportamento e atitudes negativas (como não fazer uso de cigarros e bebidas alcoólicas) e à manutenção de comportamentos e atitudes positivas em relação à saúde (como consumir mais frutas e

verduras na dieta). Enquanto o estilo de vida sedentário está relacionado com o risco para diversas doenças crônicas, como doença cardíaca coronariana, câncer de mama, câncer de próstata e depressão e mortalidade por todas as causas (DIAS-DA-COSTA et al., 2005).

Os benefícios das atividades físicas sobre a saúde e prevenção de doenças estão amplamente documentados na literatura (SILVA, 2003). Esses parecem estar associados a alterações morfológicas, fisiológicas e funcionais que decorrem do processo de ser fisicamente ativo (LEON; NORSTROM, 1995). As evidências apontam para benefícios das atividades físicas regulares na redução das taxas de morte prematura, de morte por doenças cardiovasculares, de desenvolvimento de câncer de colo, na redução dos sentimentos de depressão e ansiedade; enquanto, melhora o humor e a auto-estima, auxilia no controle do peso corporal, melhora da aptidão muscular e cardiopulmonar, e melhora da qualidade de vida das pessoas de todas as idades (NIEMAN, 1999).

As contribuições das atividades físicas realizadas no lazer são também destacadas, na literatura especializada. O lazer favorece consideravelmente a saúde, sobretudo, mental das pessoas, direcionado as energias perdidas para aspectos saudáveis, amenizando a fadiga exaustiva e o estresse provocado pelas condições desfavoráveis da vida cotidiana (DUMAZEDIER, 1979). Dessa forma, o lazer tem papel fundamental enquanto meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas pessoais ou profissionais dos indivíduos (PEREIRA; BUENO, 1997). Segundo Dumazedier (1979), o lazer é de grande importância para a vida das pessoas, sendo que a ética do lazer não está na ociosidade que rejeita o trabalho, nem na licença que infringe as obrigações, mas a de um novo equilíbrio entre as exigências utilitárias da sociedade e as exigências desinteressadas das pessoas.

O lazer enquanto promoção da saúde integral, possui três funções principais: descanso, divertimento (distração, recreação e entretenimento) e desenvolvimento da personalidade (PEREIRA; BUENO, 1997). A primeira função, descanso, descontração ou recuperação acontece quando o lazer atua como um reparador das tensões e esforços físicos e mentais provenientes das atividades cotidianas, sobretudo, do trabalho. A segunda função diz respeito ao divertimento, recreação e entretenimento, em que o indivíduo escolhe atividades que se opõem ao tédio ou estresse vivenciados na rotina de trabalho. A terceira função está relacionada ao desenvolvimento da personalidade, esta ocorre quando o indivíduo é capaz de agir e pensar livre de condicionamentos que automatizam suas ações. A prática das atividades de lazer possibilitam ao indivíduo

condições de se desenvolver conforme vai recebendo, desinteressadamente, elementos que o formam.

Neste contexto, em que as atividades físicas parecem ocupar um relevante papel na promoção e prevenção da saúde individual e, sobretudo, na melhoria de parâmetros coletivos de saúde, medidas de atividades físicas são de fundamental importância. Os instrumentos de medidas da atividade física poderão fornecer dados que irão auxiliar no planejamento de intervenções de saúde e identificar subgrupos populacionais expostos a riscos da inatividade física (SILVA, 2003).

Há uma grande diversidade de instrumentos para estimar o nível de atividade física de adultos (sensores de movimento, diários, vetores de aceleração, monitores de frequência cardíaca, questionários etc.), dentre os quais os questionários possuem grande vantagens por serem de fácil aplicação, de baixo custo e por permitirem um grande volume de informações sobre as atividades realizadas (tipo, intensidade e duração).

Foi desenvolvido um questionário, o IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), pela OMS, o Instituto Karolinska da Suécia e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos como um instrumento internacional de medida da atividade física, em duas versões (longa e curta). Trata-se de um instrumento que permite estimar a quantidade total de atividade física realizada e, também, parcialmente em quatro contextos de vida diária (trabalho, transporte, lazer e atividades domésticas) e ainda o tempo gasto sentado em uma semana normal ou típica do indivíduo (SILVA, 2003). As atividades físicas são registradas de acordo com a frequência semanal, o tempo gasto (minutos por semana) e a intensidade (leve, moderada, vigorosa).

O conhecimento de dados sobre hábitos de atividade física e seus determinantes ou fatores associados trazem importantes contribuições para a saúde pública, pois podem servir de base para o gerenciamento de atividades de incentivo à prática de atividades físicas em grupos populacionais mais afetados (PITANGA; LESSA, 2005). Considerando que o estímulo à prática de atividades físicas é prioritário no controle de doenças não-transmissíveis e para uma melhor qualidade de vida das pessoas, fazem-se necessário medidas abrangentes e intersetoriais que envolvam ações integradas de legislação, informação e capacitação de recursos humanos a fim de incentivar e promover a prática de atividade física regular.

A prática regular de atividade física é essencial não somente para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde e da qualidade de vida, mas também para uma

melhor aptidão física e desempenho profissional dos trabalhadores em geral e, em especial, dos policiais militares.

2.3.5 Estilo de vida: estresse e envolvimento em situações de conflitos e suas implicações na saúde

As situações de estresse e suas consequências sobre a saúde são objetos de investigação de diversos estudos em todo o mundo. Denomina-se estresse ocupacional aquele proveniente das cargas e desgastes gerados nos ambientes de trabalho, apesar de não haver consenso quanto a sua definição entre os pesquisadores deste assunto (LIPP, 2002). O estresse é um estado geral de tensão psicossomática que mantém relação com as demandas do ambiente.

O estresse ocupacional é uma experiência de sofrimento e se relaciona com sentimentos diversos, tais como de hostilidade, tensão, ansiedade, frustração e depressão desencadeadas por estressores localizados no ambiente de trabalho (LIPP, 2002).

Na sociedade, o trabalho é mediador de integração social, seja por seu valor econômico, seja pelo aspecto cultural, possuindo relevância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida, e, portanto, na saúde física e mental das pessoas (BRASIL, 2001). Diversas são as formas em que o trabalho pode alterar a saúde mental dos seus trabalhadores, contribuindo para o estresse ocupacional, desde fatores pontuais, como exposição à determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização e às condições gerais do trabalho, como a divisão de tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, o clima organizacional e a estrutura hierárquica (BRASIL, 2001; LIPP, 2002).

O processo de comunicação dentro do ambiente de trabalho, fomentado pela cultura organizacional, é também fator importante na determinação da saúde mental. De forma que ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores sobre a organização ou sobre sua atividade de trabalho provocarão tensão e, por consequência, sofrimento psíquico e distúrbios mentais. Os fatores relacionados ao tempo e ritmo, tais como: longas jornadas de trabalho, poucas horas de descanso, posturas desconfortáveis, trabalho noturno ou alternado, ritmos intensos, pressão de superiores possibilitam quadros ansiosos, fadiga

crônica e distúrbios do sono (BRASIL, 2001). Comumente, o sofrimento e a insatisfação do trabalhador favorecem não somente o surgimento de doenças, mas elevam o absenteísmo, o envolvimento em conflitos com familiares, com colegas de trabalho ou vizinhos e amigos.

A profissão do policial o expõe uma variedade de situações de riscos, uma vez que estes trabalhadores convivem cotidianamente com a violência, a criminalidade, a brutalidade e a morte. A literatura indica que os policiais estão entre aqueles que mais sofrem de estresse, por estarem constantemente expostos ao perigo e à agressão, atuando em situações de muito conflito e tensão (DECHAMPS et al., 2003; COLLINS; GIBBS, 2003; SPODE; MERLO, 2006)

No caso específico desses trabalhadores, entre às exigências do contexto nocivo permanentemente vivido no exercício da atividade ocupacional estão: a organização do trabalho, com o alto rigor prescritivo alicerçado em um sistema de rígida hierarquia, disciplina e supervisão de controle permanentes (SPODE; MERLO, 2006). Deve-se reconhecer que da mesma forma que a sociedade exige e necessita de policiais competentes e honestos, comprometidos com os objetivos da instituição policial, esses profissionais precisam, também, ser acompanhados e melhor avaliados em relação as suas condições de saúde e modos de vida, sobretudo nos aspectos psicossomáticos, no qual o envolvimento em conflitos e o por consequência o estresse possui um grande poder de destruição da capacidade de trabalho dos indivíduos (COSTA et al., 2007).

2.4 Modelo explicativo dos condicionantes da saúde do policial militar

O modelo explicativo dos condicionantes da saúde do policial militar foi elaborado com base no modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead, de 1991 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CNDSS, 2008).

Na Figura 3, está representado o modelo de associação com os condicionantes da saúde dos policiais militares (PMs) que incluíram as categorias biosociodemográficas, das condições de trabalho e dos modos de vida (condições e estilo de vida).

Como o principal indicador das condições da saúde dos PMs, foi considerado a percepção do estado da saúde geral. A percepção do estado de saúde pode retratar diferentes condições de saúde de determinado grupo populacional (PINHEIRO et al., 2002). Além disso, representa importante indicador quando a população investigada é homogênea (GOMES; TANAKA, 2003).

Como condicionantes da saúde dos PMs foram considerados aqueles de maior destaque e relevância referentes as categorias biosociodemográficas, do estilo de vida e das condições de trabalho e vida. As variáveis incluídas em cada uma das categorias estão apresentadas no Quadro 7, no capítulo seguinte que trata sobre o Método .

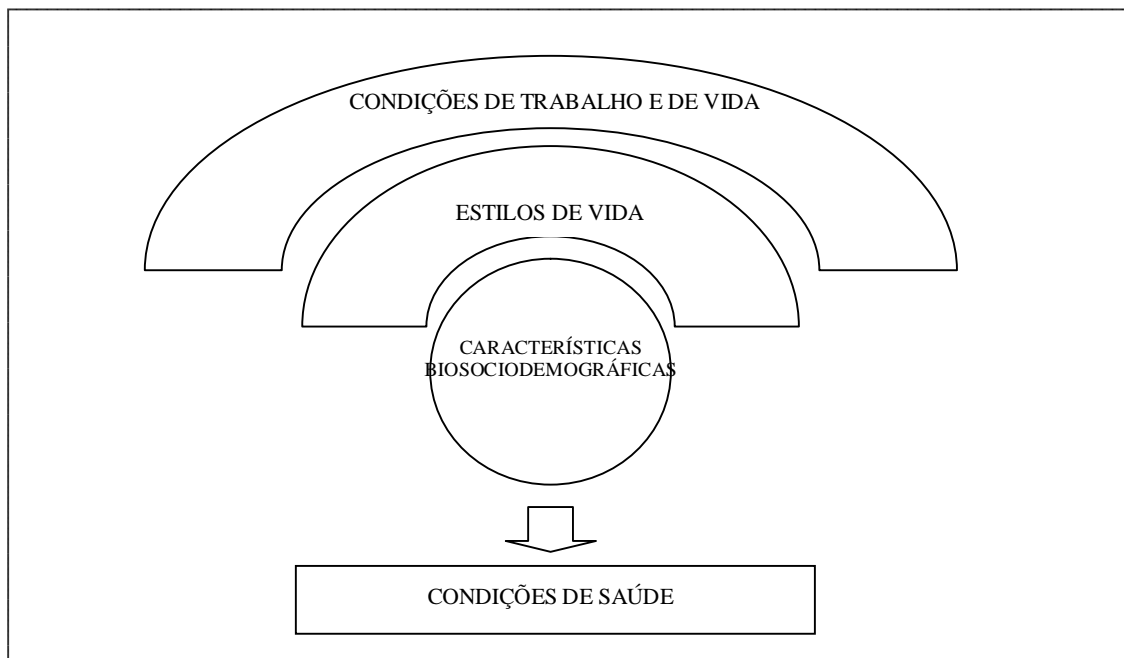


Figura 3 – Condicionantes da saúde do policial militar.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo de caso, que apresenta elementos analíticos qualitativos e quantitativos, sendo adotada uma abordagem epidemiológica de corte transversal.

Caracterizado como um estudo de caso por investigar um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real, fazer uma descrição detalhada de vários aspectos das condições de saúde, de trabalho e dos modos de vida de um grupo particular de policiais militares. Segundo Thomas & Nelson (2002) o estudo de caso é aquele no qual o caso é estudado em profundidade para alcançar uma melhor compreensão sobre outros casos similares. O estudo epidemiológico transversal busca analisar a exposição-desfecho em uma população específica, em um momento particular, fornecendo uma explicação de como certas variáveis independentes e dependentes se relacionam (PEREIRA, 1995).

3.2 Sujeitos da pesquisa, amostra e período de estudo

A unidade de análise foi composta pelos policiais militares. A população de estudo foi formada por policiais militares (PMs), de ambos os sexos, do Estado de Pernambuco lotados no Comando de Policiamento da Capital (N =2.287), Recife - PE, Brasil. O estudo foi realizado no período de 2007 a 2008.

A amostra foi composta pelos PMs dos cinco Batalhões de Polícia Militar (BPM) do Comando de Policiamento da Capital (CPC): 11ºBPM, 12ºBPM, 13ºBPM, 16ºBPM e 19ºBPM. Optou-se pelo CPC por suas unidades serem responsáveis pela segurança e manutenção da ordem em bairros localizados na Capital Pernambucana, nos quais há uma maior concentração de problemas vinculados à crescente desigualdade social, desemprego, violência e criminalidade. Além disso, estas unidades atuam com regularidade sobre situações cotidianas diversificadas, típicas de uma grande capital de uma região metropolitana.

Para o cálculo da amostra, foi utilizado o programa Epiinfo 6.04 – D. Considerando o total de PMs do CPC (N=2.287), o cálculo da amostra foi estimado mediante uma

prevalência de 50%, para as variáveis relacionadas aos agravos a saúde, margem de erro 5% para cada intervalo de confiança (IC) de 95% e efeito do desenho igual a 1,0, conforme recomenda Rao (2000), tendo (n=330) como sujeitos de referência. A utilização da prevalência de 50% foi devido ao critério de maior rigor, amplamente usado nas investigações epidemiológicas, quando a prevalência na população é desconhecida.

Depois de considerados os critérios de inclusão e exclusão, explicitados a seguir, obteve-se a amostra final do estudo.

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão

A amostra foi estratificada, proporcionalmente por BPM e hierarquia. Na Tabela 1 está apresentada a proporcionalidade obtida para o 11ºBPM (n= 49), para o 12ºBPM (n=38), para o 13º BPM (n=63), para o 16º BPM (n=64) e para 19ºBPM (n=74).

Tabela 1 – Seleção dos sujeitos da pesquisa por batalhão e hierarquia dos Policiais Militares (Recife-PE, 2007)

Unidade	População			Sujeitos de referência		
	N	Praças	Oficiais	N	Praças	Oficiais
11ºBPM	368(16,1%)	348(94,6%)	20(5,4%)	53	50	03
12ºBPM	318(13,9%)	292(91,8%)	26(8,2%)	46	42	04
13ºBPM	477(20,9%)	461(96,6%)	16(3,4%)	69	65	04
16ºBPM	516(22,6%)	501(97,1%)	15(2,9%)	74	72	02
19ºBPM	608(26,6%)	592(97,4%)	16(2,6%)	88	82	06
Total	2.287 (100%)	2194	93	330	311	19

Os PMs vinculados ao CPC participaram do estudo de forma voluntária (n=330), considerando a proporcionalidade estabelecida, exceto os que estavam afastados temporariamente por problemas de saúde, licença ou férias, no período da coleta dos dados. Um levantamento sobre os motivos dos afastamentos por problemas de saúde ou licença não foi possível ser realizado em razão dos boletins internos, nos quais constam informações sobre a concessão de licença médica, somente apresentarem dados de quantidade de dias de afastamento do trabalhador, sem referir motivos de afastamento, nem diagnóstico e nem gravidade.

Critério de exclusão

Após coleta dos dados, foi identificado que o quantitativo de oficiais era pequeno (n=19) e não possibilitava uma análise comparativa entre as hierarquias; o mesmo ocorreu em relação ao gênero, devido ao baixo número de mulheres participantes (23 praças e 01 oficial). Para obter resultados mais homogêneos, foram excluídos os dados das mulheres e oficiais.

Desta forma a amostra ficou definida em (n=288) PMs do sexo masculino e da categoria de praças.

3.3 Variáveis do estudo

As categorias e as variáveis coletadas neste estudo foram:

I. biosóciodemográficas: idade, cor da pele, sexo, situação conjugal, número de filhos, escolaridade;

II. condições de trabalho:

a) caracterização do trabalho: batalhão, patente/graduação, tempo de serviço, local de trabalho, carga horária de trabalho, horário de trabalho, tipo de turno, folgas por semana, hora extra na instituição policial, trabalho fora da instituição policial, uso de equipamentos individuais de segurança, acidentes no trabalho, condições de insegurança, frequência de treinamento, satisfação com o trabalho na polícia;

b) conteúdo do trabalho: mediante o instrumento JCQ utilizando a versão em português traduzida por Araújo (1999) que avalia as dimensões no ambiente de trabalho referentes ao controle sobre o trabalho (uso de habilidade e autoridade decisória), as demandas psicológicas e físicas no trabalho e ao suporte social proveniente do superior e dos colegas de trabalho.

III modos de vida:

a) estilo de vida: hábito de fumar (para os fumantes referida quantidade de cigarros/dia e a idade de início do hábito de fumar), consumo de bebidas alcoólicas (CAGE), hábitos de atividades físicas (IPAQ) e de lazer e envolvimento em conflitos;

O consumo de bebidas alcoólicas avaliado através do teste CAGE (Cut-down, Annoyed by Criticism, Guilt e Eye-opener) mediante as seguintes questões: a) alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?; b) as pessoas o aborrecem porque criticam seu modo de tomar bebida alcoólica?; c) você se

sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?;

d) você costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (PAZ FILHO et al., 2001). Os hábitos de atividades físicas foram mensurados pela Versão brasileira do IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), forma curta, versão 8 (MATSUDO et al., 2001), este instrumento inclui informações sobre atividades físicas habituais com a indicação da frequência semanal e duração das atividades (vigorosas, moderadas e caminhada). Os hábitos de lazer mais corriqueiramente realizados foram descritos pelos indivíduos. O envolvimento em conflitos foi registrado em três tipos: com familiares, com vizinhos ou amigos e com colegas de trabalho. Esta variável foi incluída na categoria estilo de vida devido a sua relação com o estresse e pelo fato do policial militar ser um profissional preparado para agir em situações de conflitos.

b) condições de vida: nível econômico (ABEP, 2007), número de pessoas morando na sua casa, propriedade da casa.

Para determinação do nível econômico foi utilizado o critério de classificação econômica Brasil da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP, 2007) que considera a quantidade dos seguintes itens no domicílio: banheiro, rádio/aparelho de som, TV, VCR/DVD, máquina de lavar, geladeira, freezer, automóvel, mais empregada doméstica e a escolaridade do chefe da família. Para estes são atribuídos pontos que somados levam à indicação do nível: E (0-7 pontos), D(8-13 pontos), C2(14-17 pontos), C1(18-22 pontos), B2(23-28 pontos), B1(31-34 pontos), A2(35-41 pontos), A1(42-46 pontos).

IV. condições de saúde: percepção do estado de saúde geral, morbidades referidas, uso regular de medicamentos e controle do peso corporal. A morbidade referida mensurada através das queixas de saúde e diagnósticos médicos. Na percepção do estado de saúde geral, os indivíduos foram solicitados a responder a seguinte questão: “de um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera seu estado de saúde?” (INCA, 2004a). Este método de avaliar a percepção da saúde já foi utilizado em pesquisas internacionais como: Behavioral Risk Factor Surveillance System - BRFSS (KILMER et al., 2006), European Community Health Indicators - ECHI (2005); e também nacionais como a Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD,1998) e o Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis INCA (2004a). O controle do peso corporal foi avaliado pelo índice de massa corporal (IMC) com o uso das medidas referidas de peso (Kg) e estatura (m²).

O Quadro 5 apresenta uma descrição das categorias, variáveis e valores das variáveis do estudo.

Quadro 5 - Descrição das categorias, variáveis e valores das variáveis de estudo

Categorias e Variáveis	Valores das variáveis
Dependentes	
I. Biosociodemográficas	
Idade (data de nascimento)	Anos
Cor da Pele	(1) branca, (2) amarela, (3) negra, (4) parda
Sexo	(1) masculino ou (2) feminino
Situação conjugal	(1) solteiro, (2) casado, (3) viúvo, (4) divorciado/separado
Número de filhos	Quantidade
Escolaridade	até que série escolar cursou
II. Condições de trabalho	
a) Caracterização do trabalho	
Batalhão	11°, 12°, 13°, 16° ou 19°
Patente/Graduação	(1) oficial, (2) praça
Tempo de serviço	Anos
Local de trabalho	(1) interno, (2) externo
Função que exerce	Descrição
Carga horária de trabalho	Horas/semana
Horário de trabalho	(1) diurno, (2) noturno, (3) alternado
Tipo de Turno	(1) fixo, (2) alternado/escala
Folgas semanais	dias/semana ou hora/semana
Hora extra na polícia	(2) não ou (1) sim e (3) horas/semana
Trabalho fora da polícia	(2) não ou (1) sim e (3) horas/semana
Equipamentos individuais de segurança	descrição
Acidentes de trabalho	(2) não ou (1) sim e (3) descrição
Condições de insegurança	Descrição
Realizações de treinamentos	(1) frequentemente, (2) às vezes, (3) raramente, (4) nunca
Satisfação no trabalho	(1) muito satisfeito, (2) satisfeito, (3) pouco satisfeito, (4) insatisfeito
b) Conteúdo do trabalho*	
Controle sobre o trabalho: (1) uso de habilidades (aprender coisas novas, trabalho repetitivo, criatividade, alto nível de habilidade, variedade, desenvolver as próprias habilidades); (2) autoridade decisória (decisões próprias, pouca liberdade para decidir, o que diz é considerado)	Respostas às perguntas do Job Content Questionnaire (JCQ): se discorda fortemente, discorda, concorda ou concorda fortemente.
Demandas psicológicas (trabalho rápido, trabalho penoso, trabalho excessivo, tempo suficiente, demandas conflitantes)	
Demandas físicas (muito esforço físico, mover ou levantar cargas pesadas, atividade física rápida, manter o corpo em posições fisicamente incômodas, manter cabeça e braços em posições fisicamente incômodas)	
Suporte social: (1) dos superiores (preocupa-se com o bem-estar, presta atenção as coisas que o subordinado fala, ajuda a fazer o trabalho, promove o trabalho em equipe); (2) dos colegas (são competentes, interessam-se pelo que acontece com outros colegas, são amigáveis, são colaborativos).	

(continuação Quadro 5)

III. Modos de vida	
a) estilo de vida	
Uso do fumo	Fuma (2) não fuma
Quantidade de cigarros/dia	(1) < 10 cigarros/dia (2) 10 a 20 cigarros/dia (3) >20 cigarros/dia
Idade de início do hábito de fumar	anos
Consumo de bebidas alcoólicas *	(1) ≥ 2 respostas afirmativas (abuso ou dependência); (2) < 1 resposta afirmativa (não abusivo ou normal).
Atividade física moderada*	minutos/semana
Atividade física vigorosa*	
Caminhada *	
Tempo sentado (semana, fim de semana)*	
Hábitos de lazer	descrição
Conflitos com amigos, familiares e colegas de trabalho.	(1) frequentemente, (2) às vezes, (3) raramente, (4) nunca
b) condições de vida	
Nível econômico (ABEP, 2007)*	E (0-7 pontos), D (8-13 pontos), C2(14-17 pontos), C1(18-22 pontos), B2(23-28 pontos), B1(31-34 pontos), A2(35-41 pontos), A1(42-46 pontos).
Número de pessoas morando na casa	quantidade
Número de cômodos na casa (quartos, salas, cozinhas e banheiros)	quantidade
Propriedade da casa	(1) própria (2) alugada (3) familiares ou cedida
Independentes	
IV. Condições de saúde	
Percepção do estado de saúde geral*	(1) muito bom, (2) bom, (3) regular, (4) ruim e (5) muito ruim.
Queixas de saúde	Descrição
Diagnósticos médicos	Descrição
Uso regular de medicamentos	(1) não (2) sim com a descrição do medicamento
Controle do peso corporal (IMC)	Peso (kg) e estatura (m)

*Instrumentos padronizados.

3.4 Fonte de dados

a) Dados secundários: *Diretoria de Pessoal da Polícia Militar de Pernambuco*, boletins internos das unidades do CPC.

b) Dados primários: coletados por questionários, no período de agosto a novembro de 2007.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Para dados secundários: quantitativos dos recursos humanos da Polícia Militar mediante informações disponibilizadas pela *Diretoria de Pessoal da Polícia Militar de Pernambuco* (Março de 2007).

Para dados primários: utilizado um questionário semi-estruturado (Anexo A) que foi elaborado mediante uma composição de partes de outros instrumentos já validados (Quadro 6) e incluídas questões complementares não originais desses instrumentos.

O questionário foi preliminarmente testado em um piloto com 24 PMs voluntários do curso de formação de cabos no Centro de Ensino da Polícia Militar de Pernambuco. Foram realizados ajustes no instrumento após a análise do piloto. O conteúdo das perguntas do questionário foi adequado à especificidade do PMs e esse instrumento foi avaliado por um oficial da instituição.

Quadro 6 - Instrumentos e suas respectivas fontes utilizadas na composição do questionário semi-estruturado.

Instrumento	Fonte
1. Critério de Classificação Econômica Brasil	(ABEP, 2007)
2. Percepção do estado de saúde geral	(INCA, 2004a).
3. Versão brasileira do IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), forma curta, versão 8.	(MATSUDO et al., 2001),
4. CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas – cut down, annoyes by criticism, guilty e eye-opener)	(PAZ FILHO et al., 2001).
5. Job Content Questionnaire (JCQ)	(KARASEK; THEORELL, 1998) e (ARAÚJO, 1999)

3.6 Procedimentos para coleta de dados

Previamente foi realizada apresentação do projeto aos oficiais responsáveis e obtido o consentimento institucional mediante carta de anuência (Anexo B). Os policiais foram convidados, no início do expediente de trabalho, para participar do presente estudo mediante esclarecimentos sobre os objetivos e importância do estudo na proposição de melhorias das condições de saúde e trabalho, seguindo os preceitos éticos. Para uma maior adesão e garantia da qualidade do seu preenchimento, o questionário foi aplicado em grupos de indivíduos, precedido de explicações. Momento também para assinatura

individual do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C). Foi enfatizada a importância do seu correto preenchimento. O questionário foi aplicado no próprio local de trabalho, onde os policiais estão lotados e auto-respondidos. A pesquisadora estava presente para tirar dúvidas sobre o seu preenchimento.

3.7 Plano de Análise

Interpretação e classificação de categorias, variáveis e valores de variáveis:

Para algumas categorias e suas respectivas variáveis foram realizados cálculos, aplicado fórmulas e/ou utilizado pontos de cortes para as interpretações e classificações.

O consumo de bebidas alcoólicas avaliado através do teste CAGE (Cut-down, Annoyed by Criticism, Guiltiness e Eye-opener), onde indivíduos com duas ou mais respostas positivas as quatro questões tipo sim/não do teste foram classificados como positivo para o abuso ou dependência de álcool (PAZ FILHO et al., 2001).

Para o nível de atividades físicas: primeiro, multiplicou-se a frequência semanal e a duração em cada tipo de atividade separadamente (vigorosas, moderadas e caminhada); segundo, somou-se o total de cada um dos tipos de atividades; por último, fez-se a classificação dos sujeitos por nível denominados ativos (policiais que realizam 150 minutos ou mais por semana de atividades físicas com intensidade pelo menos moderada) ou insuficientemente ativos (policiais que realizam menos de 150 minutos por semana de atividades físicas com intensidade pelo menos moderada).

No controle do peso corporal foi utilizando o índice de massa corporal (IMC) interpretado segundo recomendações da OMS (WHO, 2006): a) obesidade para $IMC \geq 30$ kg/m^2 ; b) sobrepeso para $IMC \geq 25$ e < 30 kg/m^2 ; c) normal para $IMC \geq 18,5$ e < 25 kg/m^2 ; d) baixo peso para $IMC < 18,5$ kg/m^2 . Na classificação final foram considerados dois grupos: a) excesso de peso ($IMC \geq 25$) e b) peso desejado ($IMC < 25$ kg/m^2).

O conteúdo do trabalho foi estimado pelo modelo “demanda-controle” com as respostas às questões do JCQ referentes ao controle sobre o trabalho (uso de habilidades e autoridade decisória), demandas físicas e psicológicas, suporte social do superior e dos colegas de trabalho. As respostas a estas questões foram computadas mediante fórmulas para construção da escala do instrumento (Anexo D). Após obtenção dos escores foi utilizado como ponto de corte o resultado em média do próprio grupo. Na interpretação, os resultados iguais ou maiores do que a média foram considerados como “altos” e quando

menores do que a média, como “baixos”. Utilizando também o mesmo critério de ponto de corte, foram classificados em altos e baixos os resultados das demanda física e do suporte social (do superior e dos colegas de trabalho). Em seguida, foi realizada a classificação do trabalho em quatro diferentes grupos: a) trabalho ativo combinando alta demanda e alto controle; b) trabalho passivo combinando baixa demanda e baixo controle; c) trabalho com baixa exigência combinando baixa demanda e alto controle e d) trabalho com alta exigência combinando alta demanda e baixo controle.

O Quadro 7 apresenta a classificação de cada uma das variáveis em dois grupos, conforme as situações de menor ou maior risco. Adotando-se como critérios de ponto de corte para as variáveis quantitativas o valor da mediana para as variáveis quantitativas e para qualitativas indicações da literatura especializada ou critérios utilizados em outros estudos, como aqueles mencionados anteriormente para o IMC, nível de atividades físicas e consumo de álcool. Sendo esta classificação utilizada para apresentação dos resultados descritivos e associações.

Para organização dos dados dos questionários foram empregadas ferramentas de informática (planilha eletrônica Microsoft Excel e pacote estatístico SPSS-8.0 e para Windows). Tabelas foram construídas para os dados descritivos e tabelas de contingência foram utilizadas para comparação de grupos. Nas tabelas, apresentam-se números (n) variados de sujeitos em função da quantidade de respondentes para cada variável. Foram selecionadas as variáveis com maior força explicativa para análises de associação.

Quadro 7 - Classificação das variáveis conforme os grupos por situações de menor e maior risco para análises descritivas e de associação

Variáveis	Grupos por Situações	
	Menor risco	Maior risco
Dependentes/Desfechos		
Condições de saúde		
Percepção do estado de saúde geral	positiva(muito bom/bom)	negativa(regular/ruim/muito ruim)
Queixas de saúde	< 3 queixas	≥ 3 queixas
Diagnósticos médicos	< 1 diagnóstico	≥ 1 diagnósticos
Controle do peso corporal (IMC)	peso desejado	excesso de peso
Independentes/Exposições		
Biosociodemográficas		
Idade (data de nascimento)	< 39 anos	> 39 anos
Cor da Pele	branca/amarela	parda/negra
Situação conjugal	casado	solteiro/viúvo/divorciado
Número de filhos	< 2 filhos	≥ 2 filhos
Escolaridade	ensino médio/superior	ensino fundamental
Condições de trabalho		
a) Caracterização do trabalho		
Tempo de serviço	< 18 anos	≥ 18 anos
Local de trabalho	Interno	externo/alternado
Carga horária de trabalho	< 48 horas/semana	≥ 48 horas/semana
Horário de trabalho	Diurno	noturno/alternado
Tipo de Turno	Fixo	Escala
Folgas semanais	≥ um dia/semana	< um dia/semana
Hora extra na polícia	Não	Sim
Trabalho fora da polícia	Não	Sim
Realizações de treinamentos	frequentemente/ às vezes	raramente/ nunca
Satisfação no trabalho	muito satisfeito/ satisfeito	pouco satisfeito/ insatisfeito
b) Conteúdo do trabalho		
Demanda-controle	trabalho ativo	alta exigência baixa exigência trabalho passivo
Modos de Vida		
a) Estilo de vida		
Uso do fumo	Não	Sim
Consumo de bebidas alcoólicas	não abusivo	Abusivo
Nível de atividade física	Ativo	insuficientemente ativo
Envolvimento em conflitos	raramente/ nunca	frequentemente/ às vezes
b) Condições de vida		
Nível econômico	A ou B	C, D ou E
Número de pessoas na casa	< 4 pessoas	≥ 4 pessoas
Número de cômodos na casa	< 6 cômodos	≥ 6 cômodos
Propriedade da casa	própria	alugada ou cedida

3.8 Tratamento estatístico dos dados

Medidas descritivas: valor mínimo, valor máximo, frequência absoluta e relativa, mediana, média, desvio padrão.

Medidas de associação: para análise da relação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste de associação Qui-quadrado e, quando necessário, adotado o teste exato

de Fisher. Utilizada a Regressão logística para análises bivariadas e múltiplas, calcularam-se razões de chances (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (95%). Nas análises de regressão múltipla, foram incluídas todas as co-variáveis de interesse, sendo aplicadas para identificar aspectos associados significativamente à variável de desfecho, ajustando-se concomitantemente o efeito de uma variável pelo das demais variáveis de interesse incluídas na análise. Para a pré-seleção das co-variáveis de interesse, observaram-se aquelas que apresentavam “p valor”, menor ou igual a 0,20 na análise bivariada e em seguida incluídas no modelo final múltiplo. Todas as conclusões tomadas para “p valor” < 0,05.

3.9 Limitações do estudo

Na análise dos resultados do presente estudo, devem-se também considerar algumas possíveis limitações. O fato dos indivíduos que já estavam afastados do trabalho por doença, desgaste ou quaisquer problemas de saúde não terem sido incluídos no estudo pode contribuir subestimando as reais condições de saúde e modos de vida destes trabalhadores. A exclusão dos oficiais e das mulheres não possibilita interpretações que considerem as diversidades de categoria e gênero características deste grupo de trabalhadores.

Pesquisas com coleta de dados por questionários respondidos pelos próprios indivíduos, como é o caso deste estudo, possibilitam a ocorrência de viés de auto-relato, o que deve ser considerado na discussão de quaisquer resultados que envolvam esse tipo de instrumento.

3.10 Considerações éticas

Previamente foi realizada apresentação do projeto aos oficiais responsáveis e obtido o consentimento institucional mediante Carta de Anuência da Instituição Responsável Polícia Militar (Anexo B) e Termo de Compromisso da Pesquisadora (anexo E). A participação no estudo foi voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C) e dados coletados somente após a aprovação pelo Comitê

de Ética em Pesquisa (Nº CEP 21/07) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), em 13 de junho de 2007 (Anexo F) e Nº CAAE 0021.0.0.095.00-07. Os dados coletados foram utilizados apenas para divulgação dos resultados do presente estudo e foi assegurado o sigilo das informações individuais.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão apresentados por tópicos de forma a contemplar os objetivos propostos inicialmente.

4.1. Descrição do perfil biosociodemográfico de um grupo de policiais militares do Recife-PE.

Os policiais militares do Comando de Policiamento da Capital tinham em média 38 anos de idade (DP=6,4) e possuíam em média dois filhos (DP=1,7). Com uma distribuição proporcional por faixa etária de: 27,8% com até 35 anos, 59,3% com 36 a 45 anos, e, 13% com 46 anos ou mais de idade. Na quantidade de filhos, 16,9% não tinham filhos, 19,4% um filho, 35,2% dois filhos e 28,5 % três ou mais filhos. Em relação à cor da pele referida, os dados revelaram que 57% eram de cor parda, 27% eram de cor branca, 14% de cor negra e 2% de cor amarela. Na situação conjugal, 18% eram solteiros, 77% eram casados, 4% eram viúvos e 1% era divorciado/separado. Quanto à escolaridade, 5,8% cursaram até ensino fundamental um (quatro anos de estudo), 20,8% até ensino fundamental dois (oito anos de estudo), 64,9% cursaram até ensino médio (onze anos de estudo) e 8,6% cursaram ensino até superior ou pós-graduação.

Na Tabela 2, estão apresentados os dados biosociodemográficos, verificando-se que a maioria tinha 39 anos ou mais de idade, era de cor parda ou negra (71,3%), era casada (77,3%), possuía dois ou mais filhos (63,7%) e tinha cursado até ensino médio/superior (73,5%).

Tabela 2 - Caracterização biosociodemográfica dos policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características biosociodemográficas	n*	%
Idade (anos)		
< 39	123	45,4
≥ 39	148	54,6
Escolaridade		
Ensino médio/superior	205	73,5
Ensino fundamental	74	26,5
Número de Filhos		
< 2 filhos	103	36,3
≥ 2 filhos	189	63,7
Situação Conjugal		
Casado	214	77,3
Solteiro, viúvo, divorciado	63	22,7
Cor da pele		
Banca/Amarela	80	28,7
Parda/Negra	199	71,3

*n= número de respondentes para cada variável

4.2 Características do trabalho de um grupo de policiais militares do Recife-PE

Das características do trabalho, observa-se, na Tabela 3, que a média de tempo de trabalho foi de 16 anos, carga horária semanal de trabalho foi de 44 horas/semana, carga horária semanal de folga foi de 28 horas/semana, hora extra foi de 19 horas/semana e de carga horária de trabalho fora da instituição policial foi de 25 horas/semana.

Tabela 3 - Características do trabalho (variáveis quantitativas) de policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características do trabalho	n*	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP***
Tempo de trabalho na polícia (anos)	286	1	32	16,5	16,7	7,6
Carga horária de trabalho na polícia**	275	6	90	48,0	44,6	16,5
Carga horária de folga na polícia**	288	0	108	27,0	28,6	29,1
Carga de horas extras na polícia**	174	1	90	18,0	19,2	13,0
Carga horária de trabalho fora da polícia**	40	3	48	24,0	25,9	16,7

*n= número de respondentes para cada variável; ** horas/semana;*** DP = desvio padrão.

Na Tabela 4, verifica-se que foi maior o percentual daqueles que trabalhavam: há 18 anos ou mais na instituição policial (53,7%), com carga horária de 48 horas/semana ou mais (57%), em local externo (64,8%), em horário diurno (59%), em turno fixo (53,8%), com horas extras na instituição policial (75,7%), com um dia de folga por semana (57,3%) e que não possuíam trabalho fora da Instituição Policial (70,9%).

Tabela 4 - Características do trabalho (variáveis qualitativas) dos policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características do Trabalho	n*	%
Tempo na polícia		
< 18 anos	133	46,5
≥ 18 anos	153	53,5
Carga horária semanal total		
< 48 horas/semana	118	42,9
≥ 48 horas/semana	157	57,1
Local de trabalho		
Interno	100	35,2
Externo ou alternado	184	64,8
Horário de trabalho		
Diurno	168	59,2
Noturno ou alternado	116	40,8
Turno		
Fixo	150	53,8
Escala ou alternado	129	46,2
Hora extra		
Sim	203	75,7
Não	65	24,3
Folgas		
≥ um dia/semana	165	57,3
< um dia/semana	123	42,7
Trabalho Fora da Polícia		
Não	188	70,9
Sim	77	29,1

*n= número de respondentes para cada variável

Na descrição dos equipamentos de proteção individuais (EPIs), houve menção a alguns equipamentos de trabalho, por esse motivo foi realizada uma apresentação separada destes resultados. Os equipamentos de trabalho mais referidos foram arma de fogo (52%), algema (10%) e cacetete ou tonfa (9%).

A Tabela 5 revela que o equipamento de proteção individual mais utilizado pelos policiais foi o colete contra projétil de arma de fogo (44%) e mais da metade dos PMs (55%) não referiu usar EPIs; o envolvimento em acidentes de trabalho foi mencionado por 40% dos PMs, os mais citados foram contusões ou fraturas (21,2%), quedas (9%), cortes ou ferimentos (4,9%); as principais condições de insegurança referidas foram os equipamentos vencidos ou em más condições (27,4%) e a falta de equipamentos (19,1%) e cerca de 30% dos PMs se abstiveram em responder sobre as condições de insegurança no seu trabalho.

Tabela 5 - Descrição dos EPIs, acidentes no trabalho e condições de insegurança referidas pelos policiais militares (Recife-PE, 2007).

	n*	%
Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)		
Nenhum	157	55
Coletes	128	44
Rádios de comunicação	6	2,0
Capacetes	6	2,0
Luvras	4	1,4
Acidentes no Trabalho		
Nenhum	160	56
Contusões ou fraturas	61	21,2
Queda	26	9,0
Cortes ou ferimentos (não indicados os instrumentos)	14	4,9
Trânsito	8	2,8
Arma de fogo	8	2,8
Outros	2	0,7
Condições de Insegurança no Trabalho		
Abstenções	87	30,2
Equipamentos vencidos ou em más condições	79	27,4
Falta de equipamentos	55	19,1
Condições de insegurança variadas (de difícil classificação)	31	10,8
Falta de efetivo	20	6,9
Falta de apoio (dos superiores ou do governo)	20	6,9
Falta de treinamento ou instrução	18	6,3
Andar fardado	8	2,8
Aumento da violência e criminalidade	6	2,1
Problemas de infra-estrutura no local de trabalho	5	1,7

*n= número de respondentes para cada variável

A frequência de realização de treinamentos foi referida pelos PMs, como: frequentemente por 1%, às vezes por 21%, raramente por 57% e nunca por 21%. Para a satisfação com o trabalho realizado na Instituição Policial os resultados revelaram que 8% estavam muito satisfeitos, 32% satisfeitos, 45% pouco satisfeitos, 15% insatisfeitos.

4.3 Avaliação do conteúdo do trabalho de um grupo de policiais militares do Recife-PE

O conteúdo do trabalho dos PMs foram analisadas a partir das respostas ao Questionário Conteúdo do Trabalho - Job Content Questionnaire (JCQ). Este instrumento abordou aspectos referentes ao controle sobre o trabalho (uso de habilidades e autoridade decisória), demandas físicas e psicológicas, suporte social do superior e dos colegas de trabalho.

Na Tabela 6 é apresentada a distribuição das respostas dos PMs as afirmativas referentes a cada uma das dimensões levantadas mediante o instrumento JCQ. Verificou-se que mais da metade dos policiais respondeu que “concordava” ou

“concordava fortemente” nas questões do conteúdo de trabalho que identificavam aspectos negativos para sua realização, tais como: trabalho repetitivo (76,1%), pouca liberdade para decidir (74,3%), ritmo de trabalho acelerado (72%), esforço físico em excesso (58,2%), realização de atividades físicas rápidas e contínuas (62,7%), ter que permanecer por longos períodos em posições inadequadas e incômodas de corpo (66,9%) e ter que permanecer por longos períodos em posições inadequadas e incômodas de cabeça e braços (60,1%).

Nas questões do conteúdo de trabalho que identificavam aspectos considerados positivos para a sua realização, grande parte dos policiais disse que “concordava” ou “concordava fortemente” que era preciso: ter oportunidade de aprendizado (89,4%), ter criatividade (85,7%), tomar decisões próprias (56,4%), ter alto nível de habilidade (89,2%); e que os colegas de trabalho eram competentes (75,5%), amigáveis (79,4%), colaborativos (74,5%) e interessam-se pelo que acontece com os outros (60,6%).

Quanto ao suporte social proveniente dos superiores, foi unânime a posição dos policiais de “discordarem” ou “discordarem fortemente” de que o *“superior preocupa-se com o bem-estar dos subordinados”, “presta atenção às coisas que o subordinado falava”, de que “ajuda no seu trabalho”, ou que era “bem sucedido em promover o trabalho em equipe”; e de “concordarem” ou “concordarem fortemente” de que o “superior expõe o subordinado a conflito ou hostilidade”.*

Na análise das questões sobre o conteúdo de trabalho, este foi caracterizado como predominantemente negativo para as questões relacionadas às demandas psicológicas e físicas e ao suporte social do superior; e como predominantemente positivas para o suporte social dos colegas de trabalho e algumas questões do controle sobre o trabalho.

Tabela 6 - Distribuição das respostas às questões sobre o conteúdo de trabalho dos policiais militares (Recife-PE, 2007).

Conteúdo do trabalho	n*	Discorda**	Concorda***
		%	%
Controle			
Aprender coisas novas	283	10,6	89,4
Trabalho repetitivo	280	23,9	76,1
Exige alto nível de habilidade	286	10,8	89,2
Envolve variedade	284	67,6	32,4
Desenvolve as próprias habilidades	280	64,3	35,7
Requer criatividade	286	14,3	85,7
Permite tomar próprias decisões	283	43,5	56,4
Pouca liberdade para decidir	284	25,7	74,3
O que digo é considerado (por superiores e/ou colegas)	267	55,1	44,9
Demandas psicológicas			
Trabalho em ritmo acelerado	279	38,0	72,0
Trabalho penoso	279	48,4	51,6
Trabalho não é excessivo	278	65,5	34,5
Tempo suficiente	282	44,7	55,3
Está livre de demandas conflitantes feitas por outros	279	78,5	21,5
Demandas físicas			
Muito esforço físico	282	41,8	58,2
Mover ou levantar cargas pesadas	283	86,2	13,8
Atividade física rápida e contínua	284	37,3	62,7
Manter o corpo em posições fisicamente incômodas	281	31,3	66,9
Manter cabeça e braços em posições fisicamente incômodas	281	39,9	60,1
Suporte social dos superiores			
Preocupam-se com o bem-estar dos subordinados	271	100,0	0
Prestam atenção as coisas que o subordinado fala	271	100,0	0
Expõem o subordinado a conflito ou hostilidade	267	0	100,0
Ajudam a fazer o trabalho	269	100,0	0
Promovem o trabalho em equipe	263	100,0	0
Suporte social dos colegas			
São competentes	277	24,5	75,5
Interessam-se pelo que acontece com outros colegas	277	39,4	60,6
Expõem o outro colega a conflito ou hostilidade	277	46,6	53,4
São amigáveis	281	20,6	79,4
São colaborativos	282	25,5	74,5

*n= número de respondentes para cada variável; **Discorda = discorda ou discorda fortemente; ***Concorda = concorda ou concorda fortemente.

Em seguida, as respostas as questões do JCQ foram computadas em escalas (dimensões) do conteúdo do trabalho. Como pode ser visto na Tabela 7, os menores escores médios foram encontrados na demanda física (12,8; DP=2,5), no suporte social dos colegas (11,2; DP=2,1) e dos superiores (8,8; DP=4,4).

Tabela 7 - Descrição das escalas do conteúdo do trabalho de policiais militares (Recife-PE, 2007).

Escalas	n*	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP**
Uso de habilidades	271	16	46	32,0	32,0	4,9
Autoridade decisória	266	12	56	27,9	28,0	6,6
Controle (habilidades+autoridade)	257	30	98	60,0	60,0	9,8
Demanda psicológica	264	18	48	32,4	48,0	5,5
Demanda física	271	5	20	12,8	13,0	2,5
Suporte social dos colegas	272	4	16	11,2	12,0	2,1
Suporte social dos superiores	255	4	32	8,8	8,0	4,4
Suporte social (colegas+superiores)	249	8	44	20,1	20,0	5,3

*n= número de respondentes para cada variável; **DP = desvio padrão.

A Tabela 8 permite analisar os dados referentes a composição das categorias do modelo “demanda-controle”, construídas conforme indicações de Karasek e Theorell (1990), verificando-se que mais da metade dos PMs identificou seu trabalho como de baixo controle (56,4%), alta demanda física (53,9%) e baixo suporte social (59,8%). Sendo o trabalho classificado para 29,4% como passivo, para 27,8% como de alta exigência, para 23,3% como de baixa exigência e para 19,6% como ativo.

Tabela 8 - Distribuição das categorias do modelo “demanda-controle” para os policiais militares (Recife-PE, 2007).

Categorias do modelo “demanda-controle”	n*	%
Controle		
Alto	112	43,6
Baixo	145	56,4
Demanda psicológica		
Alta	128	48,5
Baixa	136	51,5
Demanda física		
Alta	146	53,9
Baixa	125	46,1
Suporte social		
Alto	100	40,2
Baixo	149	59,8
Modelo		
Trabalho ativo (alta demanda e alto controle)	48	19,6
Trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle)	72	29,4
Alta exigência (alta demanda e baixo controle)	68	27,8
Baixa exigência (baixa demanda e alto controle)	57	23,3

*n= número de respondentes para cada variável

4.4 Descrição dos modos de vida de um grupo de policiais militares do Recife-PE

Na Tabela 9, estão os resultados referentes aos hábitos de atividades físicas (minutos/semana), segundo o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Identificou-se em valores médios que as atividades físicas que despediam mais tempo por semana foram: primeiro, as vigorosas com 205 minutos/semana (DP=482,3); depois, as moderadas com 167 minutos/semana (DP=548,1); e, por último, as caminhadas com 147 minutos/semana (DP=396,2). Observou-se ainda que foi elevado o tempo gasto em atividades na posição sentado ou deitado, 384 minutos/semana (DP=228,5) e 332 minutos/fim de semana (DP=221,6).

Tabela 9 - Hábitos de atividades físicas (minutos/semana) dos policiais militares (Recife-PE, 2007).

Hábitos de atividades físicas	n*	Mínimo	Máximo	Média	DP**
Atividades Físicas Vigorosas	288	0	5040,0	205,5	482,3
Atividades Físicas de Caminhadas	288	0	4500,0	147,2	396,2
Atividades Físicas Moderadas	288	0	5880,0	167,8	548,1
Atividades Físicas no Total **	288	1	7200,0	267,1	758,9
Tempo sentado na semana	245	6	1140,0	384,5	228,6
Tempo sentado no fim de semana	236	0	1200,0	332,1	221,6

*n= número de respondentes para cada variável ** Atividades Físicas no Total = somatório das atividades vigorosas, caminhadas e moderadas; ***DP = desvio padrão.

Como pode ser verificado na Figura 4, a seguir, os hábitos de lazer predominaram a realização de atividades de menor dispêndio financeiro e energia física, tais como: assistir a TV/filmes (72,6%), dormir (61,8%) e passeios a clubes ou praias (46,9%).

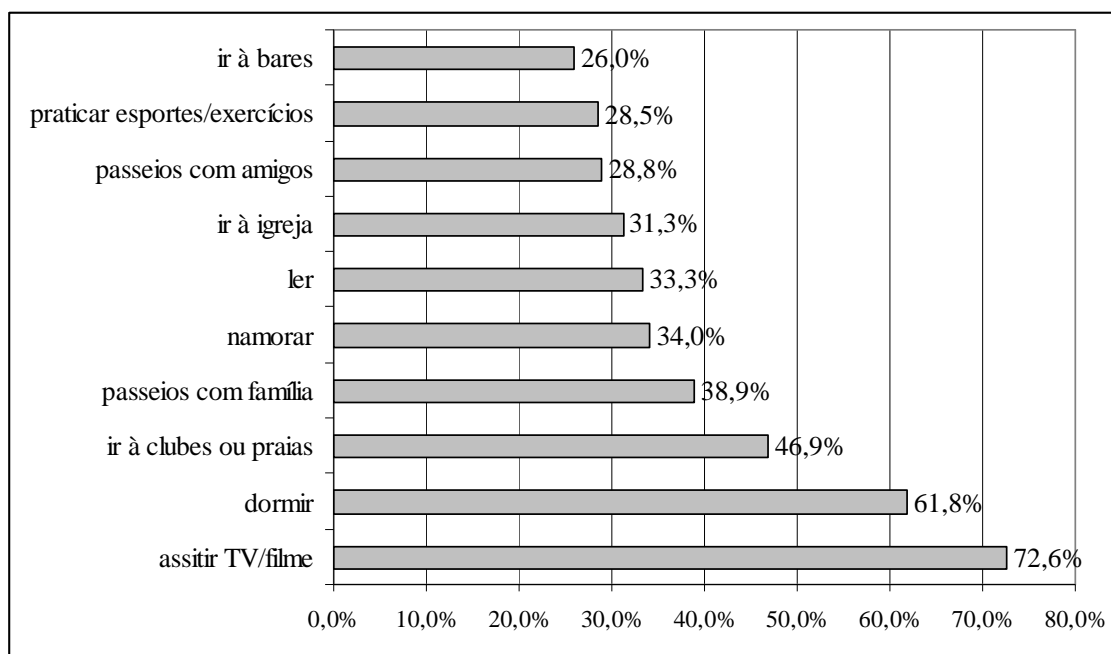


Figura 4 – Atividades no lazer realizada por policiais militares (Recife-PE, 2007).

Observou-se uma elevada prevalência de insuficientemente ativos (73%), ou seja, daqueles que realizavam menos de 150 minutos/semana de atividades físicas (vigorosas, moderadas ou caminhadas).

O envolvimento em conflitos foi relatado como frequente/às vezes por 37,9% em relações com familiares, por 19,6% em relações com os colegas de trabalho e por 7,9% em relações com vizinhos ou amigos. Observou-se que 42% dos PMs referiram que se envolviam em pelo menos um tipo de conflito (com familiares, colegas de trabalho e amigos ou vizinhos) de modo frequente/às vezes.

O hábito de fumar foi prevalente em 12% dos policiais. Entre os fumantes, a quantidade consumida de cigarros/dia foi de menos de 10 para 37%, de 10 a 20 para 33% e mais de 20 para 30%. A idade de início do hábito de fumar foi em média de 18 anos (DP= 4,6).

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 37,5% dos indivíduos não responderam ao teste CAGE. Entre os que responderam, 16,7% foram classificados com um consumo abusivo e 83,3% classificados com um consumo não abusivo. Destes últimos, 53% disseram que alguma vez sentiram que deveriam diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber, 13% relataram que as pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebidas alcoólicas; 11% registraram que se sentem chateados consigo mesmo pela maneira como costumam tomar bebidas alcoólicas, e 3% referiram

que costumam tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca.

Na Figura 5, podem ser observadas as prevalências das variáveis do estilo de vida não saudáveis entre os PMs, sendo o nível insuficiente de atividade física o de maior percentual (73%).

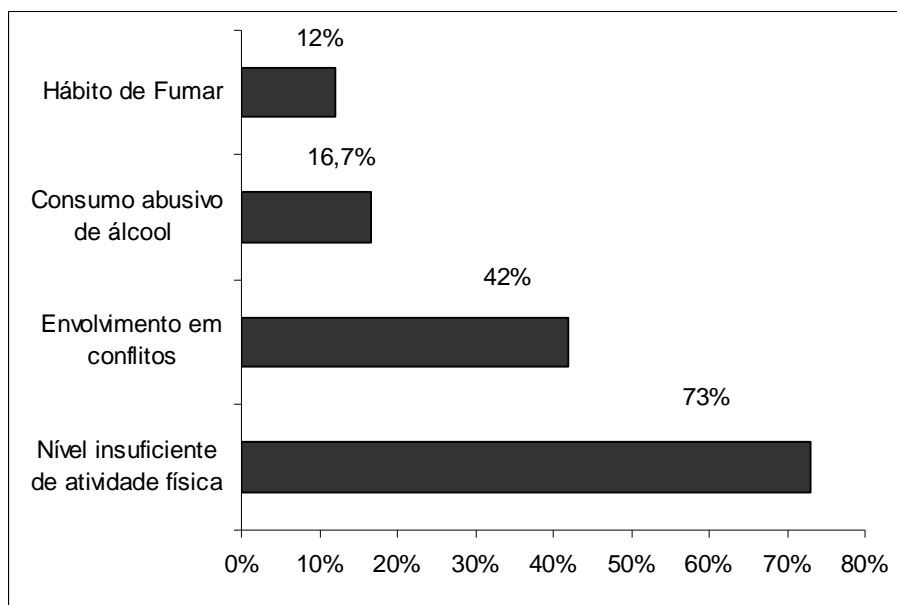


Figura 5 – Fatores do Estilo de vida não saudáveis dos policiais militares (Recife-PE, 2007).

Dos hábitos não saudáveis do estilo de vida (fumar, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nível insuficiente de atividade física e envolvimento em conflitos), constatou-se que somente 15% dos PMs não apresentaram nenhum dos quatro hábitos não saudáveis, 45% tinham pelo menos um, 33% tinham dois e 7% tinham de três a quatro hábitos não saudáveis do estilo de vida.

A Tabela 10 apresenta dados de variáveis relativas às condições de vida. Na distribuição dos sujeitos segundo o nível econômico, nenhum dos PMs foi classificado no nível A1, o mais alto nível econômico conforme a ABEP (2007), e a maior parte deles foi classificada em níveis mais baixos: C1 (37,8%), C2 (24%), D (9%) e E (2%). Em relação à propriedade da casa, cerca de 50% dos policiais militares referiram residir em casa própria, 26,5% disseram que moravam em casa de familiares e 23% residiam em casa alugada. O número de cômodos por residência (incluindo quartos, salas, cozinhas e banheiros) foi em média de seis. O número de pessoas morando numa mesma residência foi em média quatro.

Tabela 10 – Condições de vida dos policiais militares (Recife-PE, 2007).

Condições de Vida	n*	%
Nível econômico		
A2	3	1,0
B1	21	7,3
B2	54	18,8
C1	109	37,8
C2	69	24,0
D	26	9,0
E	6	2,1
Propriedade da casa		
Própria	143	50,5
Familiares (cedida)	75	26,5
Alugada	65	23,0
Nº de pessoas na casa		
< 4 pessoas	104	37,1
≥ 4 pessoas	174	62,9
Nº de cômodos na casa		
≥ 6	151	63,3
< 6	88	36,7

*n= número de respondentes para cada variável

4.5 Identificação das condições de saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE

Apenas 10% dos indivíduos não apresentaram queixas de saúde, 30% referiram uma a duas queixas de saúde e 60% referiram três ou mais queixas de saúde. A Figura 6 mostra a distribuição das queixas de saúde, as mais frequentes foram: fadiga (56,3%), problemas de visão (44,8%), dores musculares (36,5%), ansiedade (33%), irritação (32,6%) e dores de cabeça (31,6%).

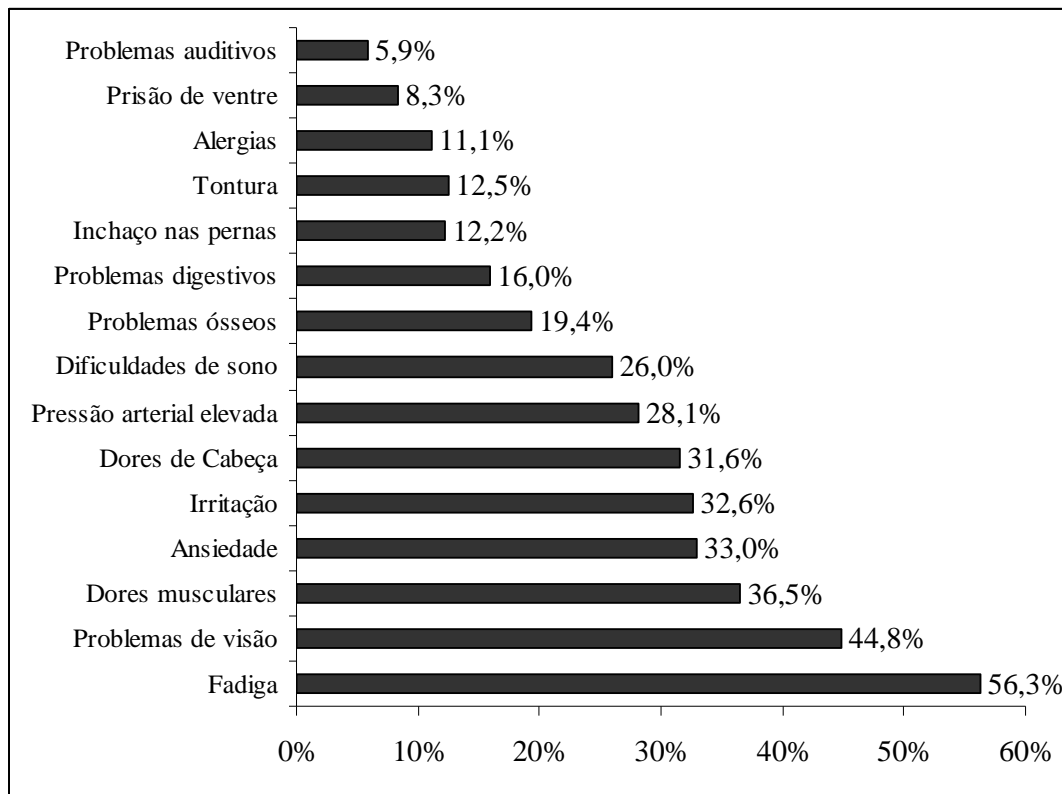


Figura 6 - Queixas de saúde referidas por policiais militares (Recife-PE, 2007).

Na Figura 7, observa-se a distribuição percentual dos sujeitos segundo a referência de quadros clínicos diagnosticados por médicos, sendo que, entre os PMs 28% não mencionaram diagnósticos, 36% disseram ter pelo menos um diagnóstico e 36% referiram ter dois ou mais diagnósticos. Os mais frequentes foram: problemas de visão (32,6%), pressão arterial elevada (25%), gastrite (13,9%), depressão (11,8%) e varizes (11,1%).

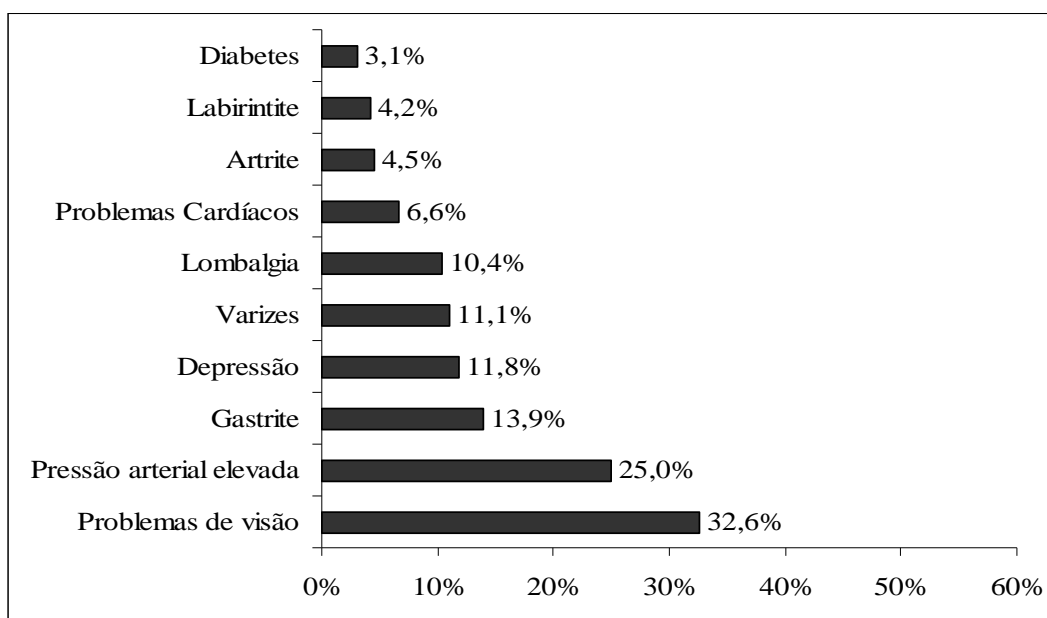


Figura 7 – Diagnósticos médicos referidos por policiais militares (Recife-PE, 2007).

O uso regular de medicamentos foi referido por 28,6% dos PMs. Os mais utilizados foram para pressão arterial elevada (9,7%), para ansiedade/depressão/tensão (3,8%), para problemas gástricos (2,7%) e para dores em geral (2,4%).

O índice de massa corporal (IMC) foi interpretado segundo recomendações da OMS (WHO, 2006). O resultado do IMC em média foi de 27 kg/m² (DP=4,7). Na interpretação do IMC, verificou-se que entre os PMs 16,3% estavam obesos, 53,9% estavam com sobrepeso, 29,1% estavam com peso normal e 0,7% tinham baixo peso. Desta forma, observou-se que oito em cada dez PMs apresentaram excesso de peso corporal (sobrepeso/obesidade).

A percepção do estado de saúde geral foi para 17,9% muito boa, para 47,7% boa, para 29,1% regular, para 4,9% ruim e para 0,4% muito ruim.

Na Tabela 11, encontra-se uma descrição das variáveis referentes às condições de saúde. O perfil de saúde predominante dos PMs foi de três ou mais queixas de saúde (60,4%), pelo menos um quadro clínico diagnosticado por médico (71,9%) e sobrepeso/obesidade (70,2%). Apesar destes resultados foi encontrado um maior percentual de indivíduos com uma percepção positiva do estado de saúde geral (65,6%).

Tabela 11 - Descrição das condições de saúde dos policiais militares (Recife, PE, 2007).

Variáveis/categorias	n*	%
Queixas de saúde		
< 3 queixas	114	39,6
≥ 3 queixas	174	60,4
Diagnósticos médicos		
< 1 diagnóstico	81	28,1
≥ 1 diagnóstico	207	71,9
Percepção do estado de saúde		
positiva (muito bom e bom)	187	65,6
negativa (regular, ruim e muito ruim)	98	34,4
Controle do peso corporal		
baixo peso/normal	84	29,8
sobrepeso/obeso	198	70,2

*n= número de respondentes para cada variável

4.6 Associações entre o conteúdo do trabalho e as condições de saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE

Análises de associações entre o conteúdo do trabalho, mediante as respostas às questões do JCQ e as condições de saúde, foram realizadas de modo mais detalhado para identificar quais aspectos referentes às dimensões (controle, demanda psicológica, demanda física e suporte social dos superiores e dos colegas) estavam mais associados. As respostas às questões do JCQ estão categorizadas em dois grupos: a) discorda (discorda fortemente e discorda), e b) concorda (concorda fortemente e concorda).

Os aspectos dos conteúdos do trabalho foram associados à morbidade referida (diagnósticos médicos) conforme observado na Tabela 12. Foi mais elevada a prevalência de diagnósticos médicos para aqueles que discordaram que o tempo para realizar as tarefas era suficiente (80,2%) e que os colegas eram colaborativos na realização das atividades (81,9%).

Tabela 12 - Distribuição de morbididades referidas de acordo com os conteúdos de trabalho associados em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Conteúdo de trabalho (JCQ)	Resposta	Total	≥ 1 Diagnósticos médicos		
			n**	%	p
Demanda psicológica					
O tempo para realizar minhas tarefas é suficiente	Discorda	126	101	80,2	0,01*
	Concorda	156	101	64,7	
Suporte social					
Colegas são colaborativos na realização das atividades	Discorda	72	59	81,9	0,02*
	Concorda	210	143	68,1	

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável

Na Tabela 13, está apresentada a associação entre o excesso de peso corporal de acordo com o conteúdo do trabalho. O excesso de peso corporal foi mais prevalente entre aqueles que concordaram que tinham a possibilidade de tomar as próprias decisões (77,1%) e aqueles que discordaram que o ritmo de trabalho era acelerado (78,8%), conforme se apresenta na Tabela 13. Isto remete à possibilidade daqueles PMs que exerciam funções de chefia e trabalhavam fisicamente de forma mais passiva serem os indivíduos que mais apresentaram excesso de peso corporal.

Tabela 13 – Distribuição do excesso de peso corporal de acordo com os aspectos do conteúdo de trabalho associados em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Conteúdo de trabalho (JCQ)	Resposta	Total	Excesso de peso corporal		
			n**	%	P
Controle					
Tenho a possibilidade de tomar as minhas próprias decisões	Discorda	121	74	62,1	0,00*
	Concorda	157	121	77,1	
Demanda psicológica					
O ritmo de trabalho é acelerado (rápido)	Discorda	104	82	78,8	0,01*
	Concorda	170	110	64,7	

*p valor < 0,05; ** n = número de policiais incluídos na análise.

A Tabela 14 revela as associações entre a percepção do estado de saúde geral e o conteúdo de trabalho. Os resultados revelaram que as questões referentes as demandas física e psicológica no trabalho foram as mais relacionadas à percepção do estado de saúde geral. Sendo maior a prevalência da percepção da saúde negativa entre aqueles que: concordaram que o trabalho é penoso (41,5%), exige muito esforço físico (42,9%), exige mover cargas pesadas (51,4%), exige longos períodos em posições incômodas de corpo (41,4%) e de cabeça e braços (42,8%); e, discordaram que o tempo para realizar as tarefas é suficiente (42,1%), que não é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho (39,2%) e que os colegas são colaborativos na realização das atividades (47,2%). No geral, observou-se que a percepção da saúde negativa foi associada às más

condições de trabalho. Devido o fato de ter sido unânime a posição dos PMs quanto à falta de apoio social dos superiores, não foi possível verificar relações deste aspecto com a percepção da saúde.

Tabela 14– Distribuição da percepção da saúde geral negativa de acordo com o conteúdo de trabalho associadas em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Conteúdo de Trabalho (JCQ)	Resposta	Total	Percepção da saúde Negativa		p - valor
			n**	%	
Controle					
Tenho pouca liberdade para decidir como devo fazer	Discorda	71	15	21,1	0,01*
	Concorda	210	82	39,0	
Demanda psicológica					
O tempo para realizar minhas tarefas é suficiente	Discorda	126	53	42,1	0,03*
	Concorda	153	45	29,4	
Meu trabalho requer que trabalhe muito duro (penoso)	Discorda	134	36	26,9	0,02*
	Concorda	142	59	41,5	
Não sou solicitado a realizar volume excessivo de trabalho	Discorda	181	71	39,2	0,04*
	Concorda	94	25	26,6	
Demanda física					
Meu trabalho exige muito esforço físico	Discorda	118	29	24,6	0,00*
	Concorda	161	69	42,9	
Sou fortemente solicitado a mover cargas pesadas	Discorda	243	78	32,1	0,03*
	Concorda	37	19	51,4	
Longos períodos com corpo em posições incômodas	Discorda	92	20	21,7	0,00*
	Concorda	186	77	41,4	
Longos períodos com cabeça e braços em posições incômodas	Discorda	112	25	22,3	0,00*
	Concorda	166	71	42,8	
Suporte social					
Colegas são colaborativos na realização das atividades	Discorda	72	34	47,2	0,01*
	Concorda	207	63	30,4	

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável

4.7 Condicionantes da saúde de um grupo de policiais militares frente as inter-relações com as condições de trabalho e os modos de vida.

Na Figura 8, está representada a distribuição dos principais indicadores de acordo com as situações de risco à saúde. Os resultados mostraram que no estilo de vida (85,1%), nas condições de vida (83%), nas características do trabalho (83,1%) e no conteúdo de trabalho (69,8%) predominaram as situações de maior risco. Enquanto na percepção do estado de saúde geral predominou situação de menor risco (65,6%).

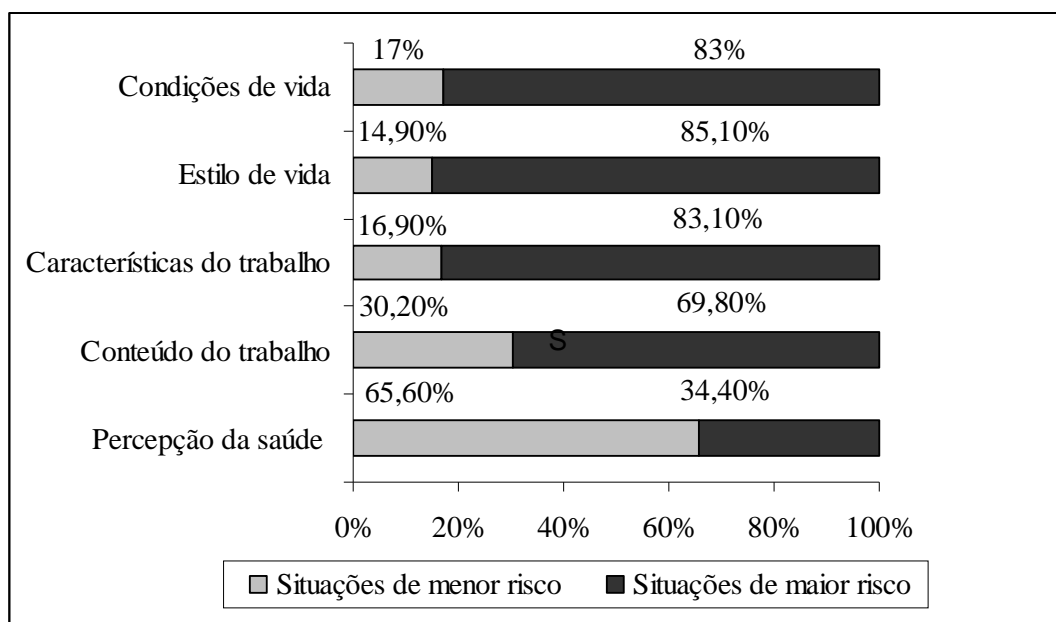


Figura 8 – Indicadores gerais das condições e estilo de vida, do trabalho e da saúde de acordo a classificação de situações de risco a saúde em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Foram considerados como importantes, mas não os principais, indicadores das condições de saúde a morbidade referida (mediante diagnósticos médicos referidos) e o controle do peso corporal (excesso de peso) pelas possíveis restrições às atividades cotidianas e por serem amplamente utilizados como indicadores das condições de saúde quando a população é homogênea (GOMES; TANAKA, 2003).

Na Tabela 15, estão apresentados os resultados das análises com os condicionantes biosociodemográficos da morbidade referida, sendo identificada relação significativa (p valor < 0,05) entre a morbidade referida e a idade. Foi maior a chance dos indivíduos com 39 anos ou mais de idade (63,5%; OR=2,93) apresentarem um quadro de maior prevalência de morbidades referidas.

Tabela 15 - Distribuição da morbidade referida (situação de maior risco à saúde) de acordo com as características biosociodemográficas em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características biosociodemográficas	Total	Morbidade referida***		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Idade							
< 39 anos	123	69	56,1	1,00	-	1,00	-
≥ 39 anos	148	94	63,5	2,93*	1,70- 5,07	2,93*	1,68- 5,13
Escolaridade							
Médio/superior	205	115	56,1	1,00	-		
Fundamental	74	53	71,6	1,64	0,87- 3,08		
Situação conjugal							
Casado	214	133	62,1	1,00	-		
Solteiro, viúvo, divorciado	63	37	58,7	0,58	0,32- 1,06		
Cor da pele							
Banca/Amarela	80	51	63,8	1,00	-		
Parda/Negra	199	118	59,3	1,22	0,69- 2,15		
Número de filhos							
< 2 filhos	103	67	65,0	1,00			
≥ 2 filhos	181	138	76,2	1,72			

*p valor < 0,05 ; **n= número de respondentes para cada variável; *** ≥1 diagnósticos médicos; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

As associações entre os fatores do estilo de vida e a prevalência de morbidades referidas estão apresentadas na Tabela 16. Inicialmente considerando os fatores isolados, foi maior a prevalência de morbidade referida tanto naqueles com maior envolvimento em conflitos (69,1%; OR=3,28) quanto naqueles com abusivo consumo de álcool (93,3%; OR=4,20). Após controle para outros fatores, somente o envolvimento em conflitos foi o fator mais importante associado, foi maior a prevalência de morbidades referidas entre aqueles com maior envolvimento em conflitos (OR=2,27).

Tabela 16 - Distribuição da morbidade referida (situação de maior risco à saúde) de acordo com o estilo de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Estilo de vida	Total	Morbidade referida***		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Envolvimento em conflitos							
Raramente ou nunca	152	83	54,6	1,00	-	1,00	
Frequentemente/às vezes	110	76	69,1	3,28*	1,77- 6,05	2,27*	1,04- 4,97
Fumo							
Não	248	149	60,1	1,00	-		
Sim	35	23	65,7	1,63	0,68- 3,91		
Consumo de álcool							
Não abusivo	150	86	57,3	1,00	-	1,00	-
Abusivo	30	28	93,3	5,26*	1,20- 23,1	4,20	0,94- 18,8
Nível de atividade física							
Ativo	79	46	58,2	1,00	-		
Insuficiente	209	128	61,2	0,82	0,45- 1,48		

*p valor < 0,05 ; **n= número de respondentes para cada variável;*** ≥1 diagnósticos médicos; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

A Tabela 17 mostra as associações entre as condições de vida e a morbidade referida. O número de cômodos na casa foi o aspecto mais relevante associado, tanto na análise bivariada (OR=2,24) quanto na análise múltipla (OR=2,13), demonstrando que residir em casa com menos de seis cômodos aumenta a chance de apresentar problemas de saúde (≥ 1 diagnósticos médicos). Foi maior prevalência de morbidade referida entre os indivíduos que residiam em casas com até seis cômodos (83%).

Tabela 17 - Distribuição da morbidade referida (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Condições de vida	Total	Morbidade referida***		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Nível econômico							
A2, B1 e B2	78	46	59,0	1,00	-		
C1, C2, D e E	210	128	61,0	1,65	0,95- 2,89		
Propriedade da casa							
Própria	143	77	53,8	1,00	-	1,00	-
Outras	140	96	68,6	1,55	0,91- 2,63	1,68	0,93- 3,06
Número de pessoas na casa							
< 4 pessoas	104	77	74,0	1,00	-		
≥ 4 pessoas	176	126	71,6	0,88	0,51- 1,52		
Número de cômodos na casa							
≥ 6 cômodos	152	104	68,4	1,00	-	1,00	-
< 6 cômodos	88	73	83,0	2,24*	1,17- 4,31	2,13*	1,10- 4,12

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável; *** ≥ 1 diagnósticos médicos; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

A morbidade referida foi mais prevalente entre os PMs com 18 anos ou mais de tempo de serviço na Polícia (64,7%; OR=2,37), que não realizavam horas extras (64,5%; OR=1,96), que não possuíam folgas semanais (56,1%; OR=0,45) e que trabalhavam fora da instituição (70,1%; OR=2,25). Após análise múltipla, somente o maior tempo de serviço (OR=2,99) e a ausência de folgas semanais (OR=0,47) se revelaram com os condicionantes mais importantes da morbidade referida, Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição da morbidade referida (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições do trabalho em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características do trabalho	Total	Morbidade referida***					
		n**	%	OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
Tempo na polícia							
< 18 anos	133	73	54,9	1,00	-	1,00	-
≥ 18anos	153	99	64,7	2,37*	1,39- 4,01	2,99*	1,63- 5,49
Carga horária							
< 48 horas/semana	118	65	55,1	1,00	-		
≥ 48 horas/semana	157	100	63,7	1,04	0,61- 1,76		
Local de trabalho							
Interno	100	61	61,0	1,00	-		
Externo/alternado	184	110	59,8	0,76	0,43- 1,32		
Horário de trabalho							
Diurno	168	100	59,5	1,00	-		
Noturno/alternado	116	72	62,1	1,05	0,62- 1,77		
Turno							
Fixo	150	90	60,0	1,00	-		
Escala/alternado	129	80	62,0	1,00	0,59- 1,69		
Hora extra							
Sim	203	131	64,5	1,00	-	1,00	-
Não	65	33	50,8	1,96*	1,08- 3,55	1,90	1,00- 3,61
Folgas							
≥ um dia/semana	165	105	63,6	1,00	-	1,00	-
< um dia/semana	123	69	56,1	0,45	0,26- 0,76	0,47*	0,26- 0,86
Trabalho fora da polícia							
Não	188	109	58,0	1,00	-	1,00	-
Sim	77	54	70,1	2,25*	1,15- 4,40	1,88	0,92-3,83
Realização de treinamentos							
Frequentemente/ às vezes	61	45	73,8	1,00	-		
Raramente/ nunca	214	155	72,4	0,93	0,49- 1,77		
Satisfação com o trabalho							
Muito satisfeito/ satisfeito	109	76	69,7	1,00	-		
Pouco satisfeito/ insatisfeito	166	123	74,1	1,24	0,72- 2,12		
Modelo “demanda- controle”							
Trabalho ativo	48	34	70,8	1,00	-		
Outros	197	143	72,6	1,09	0,54- 2,18		

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável; *** ≥1 diagnósticos médicos; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

O modelo final com os condicionantes da morbidade referida, levando em consideração os principais aspectos das características biosociodemográficas, das condições de trabalho e dos modos de vida, está apresentado na Tabela 19. Os resultados revelaram uma maior prevalência de morbidade referida (como situação de maior risco) para aqueles com 39 anos ou mais de idade (OR= 4,36), que residiam em

casas com menos de seis cômodos (OR=2,99) e com um consumo abusivo de álcool (OR=5,24).

Tabela 19 – Modelo final da morbidade referida** (situação de maior risco a saúde) ajustado pelas características biosociodemográficas, condições de trabalho e modos de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características gerais	OR	95% IC	p- valor
Idade			
< 39 anos	1,00	-	-
≥ 39 anos	4,36*	1,68 – 11,32	0,002
Número de cômodos na casa			
≥ 6 cômodos	1,00	-	-
< 6 cômodos	2,99*	1,05 – 8,49	0,040
Consumo de álcool			
Não abusivo	1,00	-	-
Abusivo	5,24	1,03 – 26,55	0,045

*p valor < 0,05;** ≥1 diagnósticos médicos

A Tabela 20 revela a associação entre as características biosociodemográficas e o excesso de peso corporal. Foi maior a prevalência de excesso de peso entre os PMs com 39 anos ou mais de idade (70,9%; OR=2,70), casados (72,2%; OR=0,54) e com dois ou mais filhos (74,9%; OR=1,74). Após a análise múltipla, somente a idade permaneceu associada ao excesso de peso corporal (OR=2,36).

Tabela 20 - Distribuição do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) de acordo com as características biosociodemográficas em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características biosociodemográficas	Total	Excesso de peso corporal		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		N	%				
Idade							
< 39 anos	112	71	58,2	1,00	-	1,00	-
≥ 39 anos	143	113	70,9	2,70*	1,57- 4,64	2,36*	1,33- 4,20
Escolaridade							
Médio/superior	203	140	69,0	1,00	-		
Fundamental	70	54	77,1	1,51	0,80- 2,85		
Situação conjugal							
Casado	209	151	72,2	1,00	-	1,00	-
Solteiro, viúvo, divorciado	63	37	58,7	0,54*	0,30- 0,98	0,54	0,28- 1,03
Cor da pele							
Banca/Amarela	79	55	69,6	1,00	-		
Parda/Negra	196	138	70,4	1,03	0,58- 1,83		
Número de filhos							
< 2 filhos	103	65	63,1	1,00	-		
≥ 2 filhos	175	131	74,9	1,74*	1,02- 2,94		

*p valor < 0,05;^a análise bivariada;^b análise múltipla

As associações entre os fatores do estilo de vida e o excesso de peso corporal podem ser verificadas na Tabela 21. Os resultados demonstraram uma maior prevalência de excesso de peso entre os indivíduos que se envolviam de modo frequente/às vezes em conflitos (77,4%; OR=1,81) e que foram classificados num nível insuficiente de atividades físicas (73,5%; OR=1,73). Após análise múltipla, nenhuma associação estatisticamente significativa foi obtida.

Tabela 21 - Distribuição do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) de acordo com o estilo de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Estilo de vida	Total	Excesso de peso corporal		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Envolvimento em conflitos							
Raramente ou nunca	150	98	65,3	1,00	-		
Frequentemente/ às vezes	106	82	77,4	1,81	1,03- 3,19		
Fumo							
Não	243	167	68,7	1,00	-		
Sim	34	28	82,4	2,12	0,84- 5,34		
Consumo de álcool							
Não abusivo	146	108	74,0	1,00	-	1,00	-
Abusivo	29	25	86,2	2,19	0,71- 6,72	2,51	0,79- 7,93
Nível de atividade física							
Ativo	78	48	61,5	1,00	-	1,00	-
Insuficiente	204	150	73,5	1,73	1,00- 3,01	2,05	0,98- 4,27

*p valor < 0,05 ; **n= número de respondentes para cada variável; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

A Tabela 22 mostra as associações entre as condições de vida e o excesso de peso corporal. Nenhuma associação estatisticamente significativa foi observada entre as variáveis.

Tabela 22- Distribuição do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Condições de vida	Total	Excesso de peso corporal		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Nível econômico							
A2, B1 e B2	78	54	69,2	1,00	-		
C1, C2, D e E	204	144	70,6	1,06	0,60- 1,88		
Propriedade da casa							
Própria	138	97	70,3	1,00	-		
Outras	139	98	70,5	1,01	0,60- 1,69		
Número de pessoas na casa							
< 4 pessoas	104	78	75,0	1,00	-		
≥ 4 pessoas	171	115	67,3	0,68	0,39- 1,18		
Número de cômodos na casa							
< 6 cômodos	150	101	67,3	1,00	-		
≥ 6 cômodos	85	60	70,6	1,16	0,65- 2,07		

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

As associações entre as condições de trabalho e o excesso de peso corporal podem ser observadas na Tabela 23. Foi maior o excesso de peso corporal entre os indivíduos que trabalhavam há 18 anos ou mais na instituição (77,9%; OR=2,21) e que não tiveram o trabalho classificado como ativo no modelo demanda-controle (73,1%; OR=2,00). Depois de ajustar para demais variáveis das condições de trabalho, apenas a associação com o tempo de trabalho na instituição (OR= 2,31) permaneceu significativa.

Tabela 23 – Distribuição do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições do trabalho em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características do trabalho	Total	Excesso de peso corporal		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Tempo na polícia							
< 18 anos	132	81	61,4	1,00	-	1,00	-
≥ 18anos	149	116	77,9	2,21*	1,31- 3,72	2,31*	1,32- 4,11
Carga horária							
< 48 horas/semana	115	82	71,3	1,00	-		
≥ 48 horas/semana	155	110	71,0	0,98	0,57- 1,67		
Local de trabalho							
Interno	100	75	75,0	1,00	-		
Externo/alternado	179	121	67,6	0,69	0,40- 1,20		
Horário de trabalho							
Diurno	165	119	72,1	1,00	-		
Noturno/alternado	114	77	67,5	0,80	0,47- 1,35		
Turno							
Fixo	147	104	70,7	1,00	-		
Escala/alternado	127	86	67,7	0,86	0,51- 1,45		
Hora extra							
Sim	201	142	70,6	1,00	-		
Não	63	44	69,8	1,03	0,56- 1,92		
Folgas							
≥ um dia/semana	161	107	66,5	1,00	-		
< um dia/semana	121	91	75,2	1,53	0,90- 2,59		
Trabalho fora da polícia							
Não	185	125	67,6	1,00	-		
Sim	76	55	72,4	1,25	0,69- 2,26		
Realização de treinamentos							
Frequentemente/ às vezes	59	43	72,9	1,00	-		
Raramente/ nunca	211	145	68,7	0,81	0,43- 1,55		
Satisfação com o trabalho							
Muito satisfeito/ satisfeito	109	79	72,5	1,00	-		
Pouco satisfeito/ insatisfeito	162	110	67,9	0,80	0,47- 1,37		
Modelo “demanda-controle”							
Trabalho ativo	47	27	57,4	1,00	-	1,00	-
outros	193	141	73,1	2,00*	1,03- 3,88	1,84	0,93- 3,61

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

A Tabela 24 apresenta o modelo final de associação do excesso de peso corporal com as variáveis biosociodemográficas, condições de trabalho e modos de vida. Os condicionantes mais importantes do excesso de peso corporal, como uma situação de maior risco à saúde, foram a situação conjugal e o consumo de álcool. O fato de ser solteiro/viúvo/divorciado foi associado como uma menor chance para o excesso de peso corporal (OR= 0,30), enquanto o consumo abusivo de álcool foi associado como uma maior chance para o excesso de peso corporal (OR=5,08).

Tabela 24 – Modelo final do excesso de peso corporal (situação de maior risco à saúde) ajustado pelas características biosociodemográficas, condições de trabalho e modos de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características gerais	OR	95% IC	p- valor
Situação conjugal			
Casado	1,00	-	
Solteiro, viúvo, divorciado	0,30*	0,13-0,71	0,006
Nível de atividade física			
Ativo	1,00	-	
Insuficiente	2,13	0,94- 4,83	0,070
Consumo de álcool			
Não abusivo	1,00	-	
Abusivo	5,08*	1,08- 23,8	0,039

*p valor < 0,05

A percepção do estado de saúde geral foi considerada como o principal indicador das condições de saúde dos PMs por ser um importante preditor do uso serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2002) e por já ter sido utilizado em outras pesquisas internacionais como Behavioral Risk Factor Surveillance System - BRFSS (2006), European Community Health Indicators - ECHI (2005); e também nacionais, como a Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD,1998) e o Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis INCA (2004).

Na Tabela 25, pode ser observada a distribuição da percepção da saúde geral negativa como situação de maior risco a saúde de acordo com as características biosociodemográficas. Verifica-se de forma estatisticamente significativa uma maior prevalência de percepção negativa (com maior risco) para aqueles com 39 anos ou mais de idade (39,7%; OR=1,85) e para aqueles de cor branca/amarela (46,8%; OR=0,46). Mesmo após a análise múltipla, permaneceram as associações com a idade (OR=1,93) e a cor da pele (OR=0,42).

Tabela 25 - Distribuição da percepção da saúde geral negativa (situação de maior risco à saúde) de acordo com as características biosociodemográficas em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características biosociodemográficas	Total	Percepção da saúde negativa ***		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Idade							
< 39 anos	122	32	26,2	1,00	-	1,00	
≥ 39 anos	143	58	39,7	1,85*	1,09- 3,12	1,93*	1,11- 3,37
Escolaridade							
Médio/superior	202	64	31,7	1,00	-		
Fundamental	74	31	41,9	1,55	0,89- 2,69		
Situação conjugal							
Casado	212	75	35,4	1,00	-		
Solteiro, viúvo, divorciado	63	19	30,2	0,46	0,42- 1,44		
Cor da pele							
Banca/Amarela	79	37	46,8	1,00	-	1,00	
Parda/Negra	199	58	29,1	0,46*	0,27- 0,79	0,42*	0,23- 0,75
Número de filhos							
< 2 filhos	102	28	27,5	1,00	-		
≥ 2 filhos	180	70	38,9	1,68	0,99- 2,85		

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável; *** percepção da saúde geral negativa = situação de maior risco; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

A distribuição da percepção da saúde negativa segundo os fatores do estilo de vida pode ser verificada na Tabela 26. Os resultados demonstraram uma maior prevalência da percepção de saúde negativa entre os indivíduos que se envolviam de modo frequente/ às vezes em conflitos (46,8%; OR=2,50) e que foram classificados num nível insuficiente de atividades físicas (38,8%; OR=1,73). Após análise múltipla, as associações estatisticamente significativas se mantiveram com o fator envolvimento em conflitos (OR=2,41) e com o nível de atividades físicas (OR=2,42).

Tabela 26 - Distribuição da percepção da saúde geral negativa (situação de maior risco à saúde) de acordo com o estilo de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Estilo de vida	Total	Percepção da saúde negativa***		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Envolvimento em conflitos							
Raramente ou nunca	150	39	26,0	1,00	-	1,00	-
Freqüentemente/ às vezes	109	51	46,8	2,50*	1,48-4,22	2,41*	1,41- 4,10
Fumo							
Não	245	86	35,1	1,00	-		
Sim	35	10	28,6	0,73	0,33-1,61		
Consumo de álcool							
Não abusivo	255	86	33,7	1,00	-		
Abusivo	30	12	40,0	1,40	0,62- 3,14		
Nível de atividade física							
Ativo	79	18	22,8	1,00	-	1,00	-
Insuficiente	206	80	38,8	2,15*	1,85- 3,90	2,42*	1,28- 4,58

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável; *** percepção da saúde geral negativa = situação de maior risco; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

A Tabela 27 apresenta as associações entre as condições de vida e a percepção da saúde negativa (com maior risco). Uma maior prevalência da percepção da saúde negativa foi observada entre os indivíduos com menor nível econômico (38,8%; OR=2,19) e que não residiam em casa própria (41,3%; OR=1,79). Após inclusão das demais variáveis no modelo, mantiveram-se as associações significantes (p<0,05) com o nível econômico (OR=2,04), com a propriedade da casa (OR=1,82) e uma nova relação foi revelada com a variável número de pessoas na casa (OR=1,81).

Tabela 27 - Distribuição da percepção da saúde geral negativa (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Condições de vida	Total	Percepção da saúde negativa***		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Nível econômico							
A2, B1 e B2	76	17	22,4	1,00	-	1,00	-
C1, C2, D e E	209	81	38,8	2,19*	1,19- 4,03	2,04*	1,09- 3,82
Propriedade da casa							
Própria	142	40	28,2	1,00	-	1,00	-
Outras	138	57	41,3	1,79*	1,09- 2,95	1,82*	1,07- 3,07
Número de pessoas na casa							
< 4 pessoas	104	29	27,9	1,00	-	1,00	-
≥ 4 pessoas	174	66	37,9	1,58	0,93- 2,67	1,81*	1,05- 3,13
Número de cômodos na casa							
< 6 cômodos	151	53	35,1	1,00	-		
≥ 6 cômodos	88	33	37,5	1,10	0,64- 1,91		

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável; *** percepção da saúde geral negativa = situação de maior risco; ^a análise bivariada; ^b análise múltipla

A Distribuição da percepção da saúde negativa de acordo com as condições do trabalho em policiais militares pode ser verificada na Tabela 28. Foi maior a percepção de saúde negativa entre os indivíduos que trabalhavam há 18 anos ou mais na instituição (40,4%; OR=1,74), com carga horária de trabalho de 48 horas ou mais (41,4%; OR= 1,86), com trabalho fora da instituição (47,4%; OR= 2,20) e que estavam pouco satisfeitos/insatisfeitos com o trabalho na Polícia (40,6%; OR=1,86). Depois de ajustar para demais variáveis das condições de trabalho, apenas permaneceram como estatisticamente significativas as associações com o tempo de trabalho na instituição (OR= 1,96) e o grau de satisfação com o trabalho na Polícia (OR=2,03).

Tabela 28 - Distribuição da percepção da saúde geral negativa (situação de maior risco à saúde) de acordo com as condições do trabalho em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características do trabalho	Total	Percepção da saúde negativa***		OR ^a	95% IC	OR ^b	95%IC
		n**	%				
Tempo na polícia							
< 18 anos	132	37	28	1,00	-	1,00	
≥ 18anos	151	61	40,4	1,74*	1,05- 2,86	1,96*	1,11- 3,43
Carga horária							
< 48horas/semana	115	28	24,3	1,00	-	1,00	
≥ 48 horas/semana	157	65	41,4	2,19*	1,29- 3,73	1,64	0,91- 2,96
Local de trabalho							
Interno	98	32	32,7	1,00	-		
Externo/alternado	183	65	35,5	1,13	0,67- 1,90		
Horário de trabalho							
Diurno	166	48	28,9	1,00	-		
Noturno/alternado	116	50	43,1	1,86*	1,13- 3,06		
Turno							
Fixo	149	48	32,2	1,00	-		
Escala/alternado	127	47	37,0	1,23	0,75- 2,03		
Hora extra							
Sim	203	72	35,5	1,00	-		
Não	63	18	28,6	1,00	0,74- 2,54		
Folgas							
≥ um dia/semana	164	53	32,3	1,00	-		
< um dia/semana	121	45	37,2	1,24	0,75- 2,03		
Trabalho fora da polícia							
Não	186	54	29,0	1,00	-	1,00	
Sim	76	36	47,4	2,20*	1,26- 3,81	1,75	0,96- 3,18
Realização de treinamentos							
Frequentemente/ às vezes	61	19	31,1	1,00	-		
Raramente/ nunca	213	78	36,6	1,27	0,69- 2,34		
Satisfação com o trabalho							
Muito satisfeito/ satisfeito	108	29	26,9	1,00	-	1,00	
Pouco satisfeito/ insatisfeito	165	67	40,6	1,86*	1,09- 3,15	2,03*	1,11- 3,73
Modelo “demanda-controle”							
Trabalho ativo	47	14	29,8	1,00			
Outros	195	69	35,4	1,29	0,64-2,57		

*p valor < 0,05; **n= número de respondentes para cada variável; *** percepção da saúde geral negativa = situação de maior risco.;^a análise bivariada; ^b análise múltipla

Na Tabela 29, pode ser verificado o mais importante modelo de associação considerado: o modelo final que relaciona percepção do estado da saúde geral negativa com as características biosociodemográficas, as condições de trabalho e os modos de vida, revelou como os principais condicionantes da saúde dos PMs: a idade, a cor da pele, o envolvimento em conflitos, o nível de atividades físicas, o trabalho fora da instituição, a carga horária de trabalho e a satisfação com o trabalho na Polícia. Com maior prevalência de uma percepção da saúde negativa (com maior risco) para os PMs com 39 anos ou mais de idade (OR=2,70), de cor branca/amarela (OR=0,29), que se envolviam em conflitos (OR=2,48), classificados com um nível insuficiente de atividades físicas (OR=3,30), que tinham trabalho fora da instituição (OR=2,33), com carga horária de trabalho de 48 horas/semana ou mais (OR= 2,40) e que não estavam satisfeitos com o trabalho na Polícia (OR=2,55).

Tabela 29 – Modelo final da percepção do estado da saúde geral negativa** (situação de maior risco à saúde) ajustado pelas características biosociodemográficas, condições de trabalho e modos de vida em policiais militares (Recife-PE, 2007).

Características gerais	OR	95% IC	p- valor
Idade			
< 39 anos	1,00	-	-
≥ 39 anos	2,70*	1,31 – 5,59	0,007
Cor da pele			
Banca/Amarela	1,00	-	-
Parda/Negra	0,29*	0,13 – 0,61	0,001
Envolvimento em conflitos			
Raramente ou nunca	1,00	-	-
Freqüentemente/ às vezes	2,48*	1,24 – 4,49	0,010
Nível de atividade física			
Ativo	1,00	-	-
Insuficiente	3,30*	1,49 – 7,32	0,003
Trabalho fora da polícia			
Não	1,00	-	-
Sim	2,33*	1,14 – 4,76	0,020
Carga horária			
< 48horas/semana	1,00	-	-
≥ 48 horas/semana	2,40*	1,11 – 5,17	0,025
Satisfação com o trabalho			
Muito satisfeito/ satisfeito	1,00	-	-
Pouco satisfeito/ insatisfeito	2,55*	1,16 – 5,57	0,019

*p valor < 0,05; ** percepção da saúde geral negativa = situação de maior risco

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou aspectos importantes das condições de trabalho, dos modos de vida e da saúde dos policiais militares (PMs). O processo de sensibilização dos oficiais para conseguir o apoio da corporação para esta pesquisa em si foi revelador de muitas questões que envolvem o objeto de estudo, dando contexto de realidade para auxiliar a pesquisadora na condução da investigação, pois um estudo apenas quantitativo não seria suficiente para o marco interpretativo dos dados. A importância atribuída à pesquisa e o acesso integral aos resultados foram as manifestações mais enfáticas dadas ao processo de autorização institucional. A adesão dos PMs à pesquisa foi dentro do esperado, houve demonstração clara de interesse pelos resultados. As manifestações de preocupação com o uso dos dados e a possibilidade de adoção de medidas disciplinares e hierárquicas pelos oficiais superiores foi debatida internamente. Observou-se certo desconhecimento gerencial sobre a saúde coletiva da corporação.

A adoção de instrumentos validados na composição do questionário mostrou-se vantajosa, pois permitiu comparações com outros grupos estudados, além de possibilitar a construção de indicadores para a vigilância da saúde dos PMs, mediante a identificação de vulnerabilidades relacionadas com as condições de trabalho e modos de vida e seus impactos para a saúde.

Os PMs em atividade na cidade do Recife apresentaram características de vulnerabilidades para a saúde frente ao nível econômico de baixo poder aquisitivo, pela carga excessiva de trabalho, por estar na atividade por um longo período de tempo, pela falta de treinamentos, pelo baixo uso de EPIs, pela falta de suporte social dos superiores e pelo baixo nível de atividades físicas.

5.1 Análise do perfil biosociodemográfico de um grupo de policiais militares do Recife-PE

A análise do perfil dos PMs possibilita mencionar que este é um espaço importante de trabalho para afrodescendentes, para aqueles com escolaridade no início da carreira de ensino médio concluído e que está necessitando de um grupo mais jovem de trabalhadores.

Os resultados biosociodemográficos em relação ao estado civil, ao sexo, à cor da pele e à escolaridade corroboram outros estudos realizados com policiais militares, nos quais também predominaram os casados, do sexo masculino e com ensino médio completo (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008; COSTA et al., 2007). Já em relação à idade e ao número de filhos, os resultados são divergentes, com maior proporção dos PMs do Recife sendo mais velhos (acima de 40 anos) e com mais filhos (dois ou mais).

Trata-se de um contingente de maioria masculina, com uma recente e crescente incorporação do sexo feminino na carreira militar. Estudos para identificar possíveis vulnerabilidades diferenciadas entre homens e mulheres nesta atividade laboral ainda são escassos. Maia (1993) investigou o perfil e ambiguidade da mulher militar; Calazans (2004) apresentou uma discussão teórica sobre a inserção feminina na carreira de policial militar; e Souza et al. (2007) analisaram diferenças de gênero em relação ao sofrimento psíquico em policiais civis. Neste estudo, pela pouca representatividade e pelo desenho, não foi possível uma análise do gênero feminino.

A maior prevalência de policiais de cor parda e negra na corporação da Polícia Militar do Recife merece algumas reflexões. É possível que a carreira militar seja uma oportunidade para os afrodescendentes encontrarem melhores chances de progressão chegando a ocupar importantes cargos de chefia (SOARES, 2000; SANSONE, 2002). Também pelo fato da população branca de classe média e alta não considerar a carreira de policial militar como desejável e adequada, com uma tendência histórica de desvalorização dessa profissão, oferecendo assim maiores oportunidades para as pessoas da classe operária e para os pardos e negros. Ou ainda, por seu caráter público e/ou pela ausência de discriminação racial no modo de ingresso na atividade.

Mesmo considerando que no concurso público é exigida a escolaridade mínima do ensino médio concluído, aproximadamente três em cada dez PMs referiram ter cursado no máximo até o ensino fundamental. É provável que esta situação se refira aos PMs com mais tempo de serviço que não alcançaram a exigência desta escolaridade. O fato de o

ensino médio completo ter passado a ser uma exigência para o ingresso na polícia militar pode explicar o perfil de escolaridade mais elevado do que na população nacional. Segundo IBGE (2006), 24,7% da população da região metropolitana do Recife (com 25 anos ou mais de idade) possui o ensino médio concluído.

5.2 Análise das condições de trabalho (características e conteúdo) de um grupo de policiais militares do Recife-PE

Para análise das condições de trabalho dos PMs, retomam-se algumas reflexões sobre o contexto no qual o trabalho se desenvolve que inclui a organização, o ambiente, as relações humanas e o conteúdo do trabalho.

Segundo Brito et al. (1995) é através da forma como se organiza o trabalho que são estabelecidas as atividades, os equipamentos, os métodos, o tempo, o ritmo, a utilização do espaço entre outros. Também através dessa organização são definidas as relações de trabalho, entre os trabalhadores e destes com seus chefes. Além disso, a organização do trabalho é elemento fundamental na construção do sentido do trabalho: enquanto possibilidade de expansão ou contração, enquanto sofrimento ou crescimento.

O ambiente de trabalho é conformado por um conjunto de fatores interdependentes, com influência direta na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. Essa forma global de considerar as influências do trabalho ajuda a compreender as dificuldades e desconfortos com relação aos acidentes e incidentes no trabalho (FISCHER; GOMES; COLACIOPPO, 1989).

As relações sociais de produção sofreram transformações históricas, com situações que propiciam maior exploração, por escaparem a qualquer instância legal protetora, como exemplo o trabalho por produção causador de altos níveis de fadiga e ansiedade. Nessas situações, a insegurança quanto à permanência no emprego, punições ou a não premiação é algo psicologicamente explorado.

No caso dos PMs, a forma como o trabalho está organizado e como suas atividades são estabelecidas se baseiam nos princípios da hierarquia e disciplina. Esta organização por si própria determina a divisão das tarefas e relações de trabalho que envolvem autoritarismo e subordinação. O trabalho do policial é permeado por uma constante vigília de suas ações por seus pares, superiores e pela sociedade em geral.

Além da hierarquia e disciplina, a polícia militar de Recife – PE é rica em mitos, símbolos e intensa visão corporativa. Para compreender tal instituição, é necessário conhecer a sua cultura interna permeada por rituais que cotidianamente ditam a estrutura militar e como os seus trabalhadores devem agir.

Observou-se que os PMs do Recife estão na profissão por um longo período e possuem uma jornada exaustiva de trabalho. Estes achados corroboram outros estudos (MINAYO; SOUZA, 2003; SOUZA et al., 2007; SPODE; MERLO, 2006) que identificaram jornadas com mais de 40 horas semanais de trabalho.

A existência de um programa “voluntário” de horas extras remuneradas é o motivo que mais ajuda a compreender o resultado da grande maioria dos PMs ter referido cumprir horas extras.

Um outro aspecto importante na caracterização do trabalho foi que aproximadamente quatro em cada dez PMs não possui se quer um dia por semana de folga. Considerando que as pressões e desgastes cotidianos sofridos por estes profissionais, ao menos um dia de descanso semanal seria fundamental para que pudessem realizar algumas atividades de lazer ou mesmo relaxar e recuperar as energias para estarem mais dispostos física e mentalmente para uma nova semana de trabalho e executar o convívio em família. Segundo Dumazedier (1979), o lazer favorece consideravelmente a saúde, sobretudo, mental das pessoas, direcionado as energias perdidas para aspectos saudáveis, amenizando a fadiga exaustiva e o estresse provocado pelas condições desfavoráveis da vida cotidiana.

Apesar do discurso informal dos PMs do Recife de que a realização de trabalho fora da instituição Policial era algo comum entre eles, somente três em cada dez revelaram realizar trabalhos fora. Uma pesquisa com policiais militares da radiopatrulha de João Pessoa-PB identificou que quatro em cada dez realizavam trabalho fora da instituição (RAMALHO; PIMENTEL FILHO, 2006). Já no estudo de Minayo, Souza e Constantino (2008) com PMs do Rio de Janeiro, seis em cada dez policiais disseram realizar trabalho fora da instituição. A justificativa por uma dupla vinculação profissional estava relacionada aos baixos salários e por isso necessitavam complementar a renda com outra atividade.

As informações sobre as condições materiais (EPI e equipamentos de trabalho), técnicas (freqüência de treinamentos) e ambientais (principais condições de insegurança) revelaram situações de riscos que inviabilizam o desenvolvimento adequado das atividades. Pelo menos a metade dos PMs não faz uso de EPI e equipamentos de trabalho, faltam equipamentos e os existentes não estão em bom estado. A maior parte

dos PMs do Recife disse que raramente ou nunca participa de treinamentos, o que é grave, considerando as responsabilidades do trabalho.

A violência urbana é responsável por uma parcela importante de acidentes e mortes de policiais, no entanto não há devida atenção a este aspecto. O entendimento do acidente como uma forma de violência impõe à área da saúde do trabalhador novas percepções para os profissionais de saúde que inclui ampliar as interfaces disciplinares e setoriais no campo da saúde pública (MACHADO; GOMEZ, 1994). Os acidentes no trabalho citados mais frequentes foram as lesões temporárias, o que merece maiores esclarecimentos.

Diante deste contexto de trabalho que envolve um longo tempo na profissão, jornada exaustiva, condições materiais, técnicas e ambientais inadequadas, já era de se esperar um descontentamento de seus profissionais, o qual foi demonstrado quando seis em cada dez PMs disseram estar pouco satisfeitos ou insatisfeitos com o trabalho na Polícia Militar de Pernambuco. De acordo com Martinez, Paraguay e Latorre (2004), a satisfação está sujeita as influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato e pode influenciar na saúde física e mental do trabalhador e interferir no seu comportamento profissional e/ou social.

Os PMs destacaram como positivos somente os aspectos do conteúdo do trabalho relacionados ao suporte social proveniente dos colegas de trabalho e alguns aspectos do controle sobre o trabalho. A questão do suporte social demonstrou que, embora a corporação não tenha uma boa percepção quanto à preocupação dos superiores em relação ao bem-estar dos subordinados, em relação aos colegas esta questão foi o inversa. Segundo Spode e Merlo (2006), independente da posição hierárquica, os policiais estão submetidos aos efeitos e sofrimento impostos pela organização do trabalho, sobretudo em função das pressões dos mecanismos disciplinares de vigilância e de controle que engendram a divisão dos trabalhadores e que colocam barreiras para a criação de vínculos de confiança e de cooperação, aspectos de grande relevância ao considerarmos a própria natureza do trabalho que é permeada por situações de riscos.

A demanda física no trabalho chama a atenção por submeter a maior parte dos indivíduos à realização de atividades físicas rápidas e contínuas e por mantê-los em posições fisicamente incômodas durante a realização de seu trabalho. Na demanda psicológica, o trabalho exige dos PMs ritmo acelerado, trabalho excessivo e demandas conflitantes feitas por outros.

Com base nos pressupostos assumidos no modelo “demanda-controle”, são maiores as possibilidades de uma melhor saúde psíquica e física quando a demanda é

alta e o controle é alto (trabalho ativo) além de favorecer a motivação para o desenvolvimento de novos padrões de comportamento (KARASEK; THEORELL,1990). Estudos com PMs que utilizaram o instrumento JCQ e construíram o Modelo Demanda-Control não foram localizados. Confrontando com trabalhadores de outras categorias, verificou-se que o trabalho foi classificado como ativo para uma mais elevada proporção de médicos (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006); de professores (PORTO et al., 2006; REIS et al., 2005) e de cirurgiões dentistas (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003) do que para os PMs do Recife-PE, indicando possivelmente que entre estes últimos há uma maior exposição às situações de risco no ambiente psicossocial do trabalho. Segundo Minayo e Souza (2003), o ambiente e as relações próprias à atividade do trabalho, que formam um locus privilegiado da realização humana, de acordo com as condições em que ocorrem, também produzem desgastes físicos e mentais.

5.3 Análise dos modos de vida de um grupo de policiais militares do Recife-PE

Nas condições de vida, observou-se uma predominância de indivíduos com baixo nível econômico, provavelmente pela amostra estudada ser composta em sua maioria por policiais de patentes menos graduadas e por isso com os menores salários da polícia militar. Os resultados em relação à propriedade da casa, número de cômodos e pessoas no domicílio para os PMs do Recife foram similares aos obtidos entre PMs do Rio de Janeiro, onde cerca de 50% residiam em casa própria, moravam em casas com em média seis cômodos e quatro pessoas na residência (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008).

Entretanto, maiores proporções de pessoas morando em casa própria são estimadas segundo dados do IBGE (2006) para o Brasil (73,2%) e para a região metropolitana do Recife (75,8%).

No estilo de vida, foram analisados o hábito de fumar, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, os hábitos de atividades físicas e de lazer e o envolvimento em conflitos.

Os efeitos prejudiciais à saúde do hábito de fumar são amplamente descritos na literatura, dentre outros podemos citar o aumento dos riscos de doenças cardiovasculares, cânceres e problemas respiratórios. No caso dos PMs, o fumo poderá ter implicações negativas também no desempenho de suas atividades. A prevalência de fumantes no presente estudo foi similar àquela encontrada em PMs da Cidade de Natal-

RN que identificou 14% de fumantes (COSTA et al., 2007); e menor do que aquela verificada entre PMs do Rio de Janeiro-RJ com 19,1% fumantes. Pesquisa coordenada pelo INCA (2004a) sobre comportamentos de riscos e morbidades referidas, também encontrou uma maior prevalência de fumantes, sobretudo nos indivíduos da região sul e sudeste do Brasil.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, verificou-se que alguns dos PMs não responderam às perguntas do instrumento CAGE, é possível que isto se deva ao fato deste ser um comportamento não aceito na sociedade e, por serem policiais que atuam na manutenção da ordem e da paz, diante desses motivos ou de outros preferiram se abster. Ou ainda, o CAGE talvez não seja um instrumento sensível o suficiente para avaliar o consumo abusivo de álcool em uma profissão de militar em que a rígida hierarquia e disciplina formam a base institucional.

A prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos PMs investigados foi menor quando comparada a dados de outras pesquisas com policiais que utilizaram também o teste CAGE. Um estudo com PMs do Estado do Amazonas detectou em 20% dos policiais um consumo abusivo de bebidas alcoólicas (FERREIRA et al., 2002); e o trabalho com PMs da radiopatrulha de Pernambuco que identificou 25% de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (SOUZA, 2004). Segundo INCA (2003), a mortalidade e a limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo.

Foi observada uma diferença expressiva entre as prevalências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, quando se compara os resultados dos estudos com policiais aos de uma pesquisa com professores que utilizou o mesmo instrumento e identificou somente 1,3% de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (DELCOR et al., 2004). Isto pode explicar a relevância do tipo e do contexto de trabalho na relação com características do estilo de vida dos trabalhadores.

Através de uma revisão da literatura, foram localizados estudos nacionais que utilizaram critérios semelhantes aos do presente estudo para a classificação dos níveis de atividade física. O estudo conduzido por Hallal et al. (2003), em uma amostra representativa da população do município de Pelotas encontrou 41% de insuficientemente ativos; Matsudo et al. (2002), em uma amostra representativa do Estado de São Paulo, identificou 46,5% de insuficientemente ativos; em pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2004a) em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de insuficientemente ativos variou de 28,2% a 54,5%. Confrontando com dados do presente estudo, a prevalência de insuficientemente ativos (72%) foi bem mais elevada.

Dentre os fatores do estilo de vida analisados, a elevada prevalência de insuficientemente ativos foi o aspecto que mais se destacou como situação de maior risco para a saúde destes trabalhadores. Este resultado é preocupante, tendo em vista que o baixo nível de atividade física está associado às diversas doenças crônicas não-transmissíveis. Além disso, PMs executam no seu trabalho atividades que necessitam de bom desempenho físico.

O envolvimento em conflitos foi o segundo fator do estilo de vida mais prevalente entre os PMs do Recife, aproximadamente quatro em cada dez PMs revelou se envolver em conflitos de modo frequente/às vezes, sendo mais comum nas relações com familiares. A família pode ser uma vítima indireta das pressões e desgastes vivenciados no trabalho e na vida cotidiana destes indivíduos. Apesar de o policial ser preparado para agir em situações de conflito, o envolvimento neste foi elevado. Considerando também que a atividade do policial é conformada em uma rígida disciplina e em relações hierárquicas de comando-subordinação, além disso, estes profissionais convivem cotidianamente com situações de riscos à saúde e à vida no combate à crescente violência e criminalidade. Segundo Dechamps et al. (2003), os policiais, assim como a acontece com outros trabalhadores, são expostos a eventos traumáticos e críticos como parte de sua função ocupacional, por isso, o trabalho do policial tem sido identificado como agente estressor.

Diante disso, as atividades de lazer podem exercer um papel importante enquanto meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas pessoais ou profissionais dos indivíduos (PEREIRA; BUENO, 1997). Pois, o lazer favorece consideravelmente a saúde, sobretudo, mental das pessoas, direcionando as energias perdidas para aspectos saudáveis, amenizando a fadiga exaustiva e o estresse provocado pelas condições desfavoráveis da vida cotidiana (DUMAZEDIER, 1979).

As informações dos PMs do Recife sobre as atividades realizadas no lazer corroboram com aquelas obtidas no estudo de Minayo e Souza (2003) com policiais civis do Rio de Janeiro que verificaram como atividades mais realizadas nos momentos de lazer aquelas de mais baixo custo e menor dispêndio de energia, tais como: ficar em casa com a família (91%), descansar (87%), assistir a TV (86%), ler (71%), dormir (71%), passear (66%), ver amigos (60%) e namorar (49%). Poderíamos pensar que muitos aproveitariam as folgas para descansar, recuperar as energias e aliviar as tensões do trabalho, no entanto um percentual importante dos PMs do Recife não tem se quer um dia de folga semanal, tendo em vista que boa parte trabalha por escala de 12 por 36 horas, sem contar as horas extras na Polícia, além do trabalho realizado fora da instituição. Isto

demonstra o quanto o envolvimento com as altas demandas no trabalho e a baixa remuneração reflete na vida pessoal dos policiais e influenciam nas opções e nos hábitos de lazer.

Observou-se que a maioria dos PMs (85%) do Recife apresentou pelo menos um fator não saudável do estilo de vida analisado (fuma, tem um consumo abusivo de bebidas alcoólicas, é insuficientemente ativo e/ou se envolve de modo frequente/às vezes em conflitos). Este fato é preocupante tendo em vista que esses aspectos são determinantes para a condição de saúde destes trabalhadores.

Richmond et al. (1998) analisou a quantidade de fatores não saudáveis do estilo de vida em policiais da região metropolitana de Sydney, na Austrália (n=852), incluindo fumo, sobrepeso, consumo de bebidas alcoólicas e estresse. As informações obtidas identificaram que somente 17% não apresentaram nenhum fator não saudável do estilo de vida, 64% de um a dois fatores não saudáveis do estilo de vida e 19% de três a cinco fatores não saudáveis do estilo de vida. Estes dados são semelhantes aos do presente estudo em relação ao percentual de PMs com nenhum fator não saudável, apesar das diferenças na composição do estilo de vida entre os estudos.

É importante destacar a compreensão de que o estilo de vida apesar de ser uma característica de um sujeito particular não é apenas de responsabilidade individual, mas também depende de determinantes sociais, como acesso a informações, acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

5.4 Análise das condições de saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE

O nível insuficiente de atividades físicas, o estresse, as pressões vivenciadas no trabalho, o excesso de peso corporal combinado às más condições de trabalho favorecem o surgimento de diversos problemas de saúde.

Nas informações sobre o controle do peso corporal, os resultados do IMC dos PMs do Recife são semelhantes aos encontrados em PMs do Rio de Janeiro, onde cerca de 70% dos cabos e soldados da polícia militar apresentaram excesso de peso corporal, sobrepeso ou obesidade (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). Menores prevalências foram encontradas para a população nacional, onde o Rio de Janeiro foi à cidade que apresentou as maiores taxas, com 46,6% dos indivíduos com excesso de peso corporal (INCA, 2004a). É relevante ressaltar que são graves as conseqüências da

obesidade para a saúde e qualidade de vida e que os indivíduos obesos são estigmatizados e sofrem discriminação social, sobretudo, na profissão de policial em que o bom desempenho físico e disposição são fundamentais para o exercício profissional. Deste modo, medidas de combate à obesidade devem ser tomadas e requerem estratégias de longo prazo no que diz respeito à proteção, promoção e incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis, enfatizando a prática de atividade física regular e uma alimentação equilibrada.

Especial atenção deve ser dada ao fato que a referência de três ou mais queixas de saúde foi elevada, sendo os problemas mais relevantes aqueles relacionados ao sistema neuropsíquico (fadiga, irritação, ansiedade, dificuldade de sono e dores de cabeça). Diversos estudos têm abordado a saúde mental em policiais, evidenciando entre eles elevados sintomas de estresse e sofrimento psíquico (SPODE; MERLO, 2006; DECHAMPS et al., 2003; COSTA et al., 2007; SOUZA et al., 2007).

Destaca-se que os diagnósticos médicos mais frequentemente referidos foram a hipertensão arterial, a gastrite, as varizes e a depressão com associação ao trabalho, segundo dados da literatura. Segundo informações do Ministério da Saúde, o trabalho adquire uma característica particular entre os policiais que convivem com a violência e a agressividade no cotidiano, especialmente relacionados com o sofrimento mental (BRASIL, 2001).

Observou-se que os medicamentos mais usados regularmente foram também para aqueles problemas mais diagnosticados (hipertensão arterial, gastrite e depressão).

As divergências observadas entre as referências de queixas de saúde e as de diagnósticos médicos podem ser uma evidência de que a procura por atendimento médico é deficiente ou haja uma banalização de certos sintomas entre pessoas da categoria, considerando-os como problemas “comuns” ou fatalidades do trabalho, ou ainda pelo suporte social entre colegas ou inibição em função da assistência à saúde ser feita por médicos oficiais da organização.

O fato da maioria (66%) dos PMs ter percebido o seu estado de saúde geral como positivo (muito bom ou bom) perpassa tanto pela questão de gênero, devido à masculinidade, bem como pelo papel social que estes trabalhadores ocupam na sociedade, o que pode ter influenciado a capacidade de se perceberem saudáveis.

Dados de estudos que utilizaram o mesmo método de mensurar a percepção sobre a saúde corroboram com a prevalência da saúde negativa encontrada para os PMs. No BRFSS (KILMER et al., 2006) até 33% dos norte-americanos perceberam a sua saúde como negativa, no ECHI (2005) 33% dos europeus perceberam a sua saúde como

negativa; no inquérito domiciliar do INCA (2004a) 32% dos recifenses perceberam a sua saúde como negativa.

A divergência entre os dados de morbidade referida (alta frequência de queixas de saúde e diagnósticos médicos) e a percepção do estado de saúde geral como positiva pode ser uma evidência de que a forte rede de suporte social entre os colegas da corporação é um elemento importante do bem estar, contribuindo para que a maioria sinta-se “segura” entre os pares.

5.5 Análise dos condicionantes da saúde de um grupo de policiais militares do Recife-PE frente as inter-relações com as condições de trabalho e os modos de vida

Conhecer a dinâmica da produção das nocividades geradas em cada situação de trabalho para viabilizar medidas de prevenção, proteção e promoção da saúde é fundamental. Os aspectos ambientais do trabalho podem também ser condicionantes importantes na produção de “doenças ocupacionais”, comprometendo a saúde física e mental do trabalhador como demonstrado por Araújo et al. (2005).

Os aspectos da organização do trabalho (tempo na instituição, realização de horas extras e trabalho fora da instituição policial) foram responsáveis pela maior carga de trabalho que se mostrou relacionada com a morbidade referida. Esta constatação auxilia na compreensão de serem os distúrbios neuropsíquicos os de maior prevalência entre os PMs do Recife.

O modelo final revelou como os principais condicionantes das morbidades referidas: a idade acima de 39 anos, o fato de residir em casas com menos de seis cômodos e consumo abusivo de álcool. Pode ser destacado como o aspecto mais relevante a problemática do consumo abusivo de álcool, tendo em vista que as consequências dos transtornos decorrentes do uso de álcool (compreendendo abuso e dependência) são bem conhecidas e descritas na literatura, promovendo desordens psíquicas (como ansiedade, depressão, violência e até suicídio), orgânicas (cardiopatias, neuropatias, doença hepática e neoplasia, dentre outras) e socioeconômicas (PAZ FILHO et al., 2001; RHEM et al., 2003). A detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool é um dos primeiros passos a serem dados para que os problemas decorrentes sejam minimizados.

Como condicionantes mais relevantes do excesso de peso corporal entre os PMs, foi identificada a situação conjugal, de modo que a maior situação de risco foi encontrada

entre os casados e aqueles com um consumo abusivo de álcool, reforçando a associação já encontrada com a morbidade referida e necessidade de medidas de atenção, prevenção e promoção no combate ao alcoolismo. Ressalta-se que na organização já existe um programa de apoio aos alcoólatras, no entanto, os dados obtidos sugerem a importância de rever a estrutura deste programa e a disponibilidade do acesso a este.

As questões sobre o conteúdo de trabalho, com destaques para aquelas relativas às demandas físicas, se revelaram mais associadas à percepção do estado de saúde geral, corroborando dados da literatura de que os desgastes físicos excessivos no trabalho geram impactos negativos sobre a sua saúde (MINAYO; SOUZA, 2003; DELCOR et al., 2004; SOUZA; MINAYO, 2005).

Os principais condicionantes da percepção de saúde negativa, ou seja, daquela com maior risco para a saúde dos PMs foram: a idade acima de 39 anos, a cor da pele branca/amarela, o maior envolvimento em conflitos, o baixo nível de atividades físicas, a realização de trabalhos fora da organização, a carga horária acima de 48 horas/semanal e a baixa satisfação com o trabalho na Polícia. Segundo a CNDSS (2008), a combinação de formas tradicionais e novas de organização do trabalho acaba por determinar altos níveis de exposição aos perigos químicos e físicos, tarefas repetitivas, uso excessivo da força, posturas inadequadas, exposição ao estresse e fatores psicossociais, causando sofrimento, problemas de saúde e incapacidades.

Os principais condicionantes de uma percepção da saúde com maior risco foram os aspectos: biosociodemográficos, do estilo de vida e das características do trabalho dos PMs. Em relação às condições de trabalho, somente o conteúdo do trabalho não se mostrou associado à percepção da saúde. Estes achados reforçam a relevância da compreensão dos determinantes sociais da saúde, em que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com as suas situações de saúde (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007). Os pontos mais sensíveis da cadeia de determinações da saúde do PMs foram: os aspectos da organização do trabalho relativos às cargas excessivas, o nível insuficiente de atividades físicas e o freqüente envolvimento em conflitos.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

1. O perfil sociodemográfico dos policiais militares (PMs) do Comando de Policiamento da Capital, Recife-PE foi de homens, praças, com idade acima de 39 anos, de cor parda ou preta, casados, com dois filhos e com nível de escolaridade até o ensino médio ou superior completo.

2. O trabalho dos PMs foi caracterizado por estar em um longo período na profissão, trabalhando em local externo, em horário diurno, em turnos e com uma carga excessiva (carga horária \geq 48 horas/semana e mais as horas extras). Além disso, os PMs revelaram um baixo uso de equipamentos de proteção individual, precárias condições de infra-estrutura, ausência de treinamentos e elevada insatisfação com o trabalho realizado na instituição policial. Pelo menos quatro em cada dez PMs sofreram algum tipo de acidente no trabalho.

3. O trabalho foi avaliado como predominantemente insatisfatório em relação às demandas psicológicas e físicas e à falta de suporte social do superior; e como predominantemente satisfatório para o suporte social entre colegas de trabalho e alguns elementos de autonomia (habilidade e autoridade decisória), os quais foram implicados na percepção positiva da saúde.

4. Os modos de vida dos PMs demonstraram que estes trabalhadores possuem um baixo nível econômico, a metade reside em casa de familiares ou cedidas, o número de cômodos e pessoas no domicílio são menos favoráveis do que o estimada em dados com a população nacional, observou-se ainda uma elevada prevalência de insuficientemente ativos em comparação com dados de outras pesquisas, além disso, parte significativa dos PMs investigados revelou adotar um estilo de vida com riscos à saúde.

5. Elevada prevalência de excesso de peso corporal (obesidade/sobrepeso) foi identificada entre os PMs. Este resultado corroborou com dados de outras pesquisas com indivíduos da mesma categoria profissional, mas foi superior ao esperado para a população nacional e do Recife. Considerando que a obesidade é um problema de saúde pública que favorece o surgimento de diversos outros

problemas, além de implicar em limitações para a realização das atividades cotidianas, intervenções de saúde devem ser realizadas.

6. Embora, a morbidade referida tenha se revelado alta e relacionada com as cargas excessivas de trabalho, a observação de que entre as queixas de saúde há um leque maior de possibilidades nosológicas do que as referências de diagnósticos clínicos podem estar, também, relacionada com o suporte social dos colegas.

7. Podemos lançar uma hipótese de que os agravos à saúde mais generalizados na organização (que não criam incapacidades de curto prazo ou exijam diagnósticos e cuidados sofisticados) não recebem o devido cuidado médico devido ao suporte social dos colegas, no qual se processariam trocas de vivências em relação às queixas de saúde ou pelo fato deste ser realizado por serviços próprios da organização militar e serem os médicos oficiais, o que inibiria a demanda pelos PMs acometidos.

8. Uma percepção da saúde positiva (muito boa e boa) foi referida pela maioria dos PMs. A aparente contradição entre a percepção da saúde e as morbidades referidas pode ser decorrente de uma questão de gênero, devido ao aspecto cultural da masculinidade e ou pelo papel dos PMs na sociedade, que tem no seu imaginário a figura do policial como uma pessoa saudável.

9. Os aspectos da organização do trabalho relativos às cargas excessivas, ao nível insuficiente de atividades físicas e ao frequente envolvimento em conflitos são as principais vulnerabilidades à saúde e os elementos mais importantes para a percepção coletiva de risco para a saúde.

RECOMENDAÇÕES

- Medidas de promoção e prevenção devem ser adotadas a fim de tentar reduzir as vulnerabilidades à saúde e melhorar a qualidade de vida desses trabalhadores.
- Considerando que o estímulo à prática de atividades físicas é fundamental para a prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis, sugere-se que sejam criados programas de incentivo à prática de atividades físicas regulares, opções de lazer ativo e promoção de hábitos de vida saudáveis, podendo ser elaboradas medidas educacionais e políticas para estimular a redução do consumo de bebidas alcoólicas e cessação do hábito de fumar.
- Para a efetiva prevenção dos agravos à saúde, se requer uma organização condizente com o contexto de trabalho que reduza as cargas, promova melhor suporte social dos superiores e fortaleça os aspectos satisfatórios referidos. Nesta, os aspectos de gênero merecem um olhar diferenciado.
- Sugere-se a constituição de um serviço de atenção à saúde do policial, com característica multiprofissional e que adote como metodologia de trabalho a ausculta individual e coletiva para “prescrever” de modo consensual e participativo as medidas de melhoria das condições de trabalho. É necessário que este serviço seja organizado com profissionais de saúde sem atitudes que indiquem controle da força de trabalho, devendo estar estritamente voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos Policiais Militares.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I. Doenças crônicas não- transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção a saúde sobre a seguridade social. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n.4, p. 833-840, out/dez, 2004.

ABEP, **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008**. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2007. Disponível em: www.aba.com.br/doc/classificacaobrasil. Acesso em: 29/06/2007.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin América and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **American Journal of Public Health**, v.93, n.13, p.2037-2043, 2003.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 319-323, 2003.

ANDALIA R. M. R. La causalidad compleja: ¿un nuevo paradigma causal en Epidemiología? **Revista Cubana de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, 2004.

ANJOS, L.A. Índice de massa corporal ($\text{massa corporal/estatura}^2$) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, n.6, p.431-436, dec, 1992.

ANTUNES, J. L. F.; MACEDO, M. M.; ARAÚJO, M. E. Análise comparativa da proporção de óbitos segundo causas, de dentistas na cidade de São Paulo. **Cadernos Saúde Pública**, Fev, v.20, n.1, p.241-248, 2004.

ARAÚJO, K.S.F; SILVA, D.K.; FARIAS JUNIOR, J.C. Atividade física, percepção do estresse, consumo de álcool e fumo em policiais militares de João Pessoa – PB. In: IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2004, Recife, **Anais**, CD-ROM.

ARAÚJO, T. M. **Trabalhos e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Instituto de Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

ARAÚJO, T. M., GRAÇA, C. C., ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ARAÚJO, T. M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 6-21, jan/jun, 2005.

ASFORA, S. C. **Qualidade de vida no trabalho de policiais militares da região metropolitana do Recife**. 2004. Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Administração, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

AUGUSTO, L. G. S. Riscos ambientais em contextos sociais vulneráveis. **Bahia Análise e Dados**. v.10, n. 4, p.253-259, 2001.

_____. Saúde e Vigilância Ambiental: um tema em construção. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.12 n. 4, p.177-187, 2003.

AUGUSTO, L.G.S.; FREITAS, C.M.; TORRES, J.P.M. Risco Ambiental e Contextos Sociais Vulneráveis: implicações para a vigilância em saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. v.11, n.3, p.155-185, 2002.

AUGUSTO, L.G.S; FLORÊNCIO, L.; CARNEIRO, R.M. **Pesquisa (Ação) em saúde ambiental**. Recife: Universitária, 2001.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: HUCITEC. 1997.

BAIK I.; ASCHERIO A.; RIMM E.B. et al. Adiposity and mortality in men. **American Journal of Epidemiology** . v. 152, n. 3, p. 264-270. 2000.

BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. **História, ciência e saúde- manguinhos**. v. 4, n.1, p. 31-49, 1997. Disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/hscience/vol4n1/art41_rita.html. Acesso em: 14/06/2005, 1997.

BARROS, M.V.G.; NAHAS, M.V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção do estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.6, p.554-563, 2001.

BENICIO, M. H. A. et al. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista Saúde Pública**, Dez, v.34, n.6, p.91-101, 2000.

BENICIO, M. H. A.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista Saúde Pública**, Dez, v. 34, n. 6, p.83-90, 2000.

BLOOMFIELD, K. et al. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems: a multi-national study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a multi-national study'. **Alcohol and Alcoholism**, v.41, n1, supl., p. 26-23, 2006.

BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B. R. Causal attributions in Brazilian children's reasoning about health and illness. **Revista Saúde Pública**, Oct, v.34, n.5, p.484 -490, 2000.

BOYCE, R.W. et al. Physical fitness, absenteeism and workers' compensation in smoking and non-smoking police officers. **Occupational Medicine**, v. 56, p. 353-356, jun., 2006.

BRASIL, **Constituição do Estado de Pernambuco de 1989**. Organizada por Edmir Régis. Recife: Editora Litoral, 1998.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organizada por James Alberto Siano. São Paulo: Editora Ripell, 2000.

BRASIL, Decreto –lei nº. 88.777 de 30 de setembro de 1983. **Aprova regulamento para as polícias militares e corpo de bombeiros militares do Brasil**. 1983.

BRASIL, Ministério da Saúde. Representante no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. DIAS et al. (Org). Brasília: Ministério da saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico do ano de 2007**. Disponível em:<<http://www.previdenciasocial.gov.br>>. Acesso em: 23 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de promoção da atividade física "Agita Brasil" e sua contribuição para a qualidade de vida. (Informes técnicos institucionais). *Revista de saúde publica*. v.36, n.2, p. 254-256, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>> Acesso em: 16/12/2008.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Revista Saúde Pública**, Abr, v.35, n.2, p.193-201, 2001.

BRITO, J.C. et al. Saúde das trabalhadoras: o caso da lavanderia de uma indústria química de cloro-soda. **Caderno de Saúde Pública**, v.11, n.4, p.543-551, out/dez, 1995.

BRITO, L.L. et al.. Fatores de risco para anemia por deficiência de ferro em crianças e adolescentes parasitados por helmintos intestinais. **Revista Panamericana Salud Publica**, Dez, v.14, n.6, p.422-431, 2003.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: revista de saúde coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CALAZANS, M.E. Mulheres no policiamento ostensivo e a perspectiva de uma polícia cidadã. **São Paulo em Perspectiva**. v.18,n.1, p. 142-150. 2004.

CARVALHO, S. R. The multiple meanings of "empowerment" in the health promotion proposal. **Cadernos de Saúde Pública**, July/Aug, v. 20, n. 4, p.1088-1095, 2004.

CASPERSEN, C.J.; POWEL, K.E.; CHRISTENSEN, G.M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Report**, v.100,n.2, p.172-179, 1985.

CESSE, E.A. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil**. Tese de doutorado. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, 2007.

CHAU, N. et al. Relationships between some individual characteristics and occupational accidents in the construction industry: a case-control study on 880 victims of accidents occurred during a two-year period. **Journal Occupational Health**, v. 44, p. 131-139, 2003

CHAVIGNY, P. Definindo o papel da polícia na América Latina. In: PINHEIRO, P.S. et al. (Orgs). **Democracia, violência e injustiça**. O não estado de direito na América Latina. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de saúde pública**, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr., 1999.

COLLINS, P.A.; GIBBS, A.C.C. Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress symptoms within a county police force. **Occupational Medicine** (London). v. 53, n.4, p.255-263, 2003.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. Éléments pour une “topographie” du concept de santé
Ruptures: revue transdisciplinaire en santé, v. 11, n 1, p. 86-99, 2006.

COSTA, G. Multidimensional aspects related to shiftworker´s health and well-being.
Revista de Saúde Pública, v.38 (supl), p.86-91, 2004.

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

CUNHA-CRUZ, J.; NADANOVSKY, P.. Doenças periodontais causam doenças cardiovasculares? Análise das evidências epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Abr, v.19, n.2, p.357-368, 2003

CZERESNIA, D.; ALBUQUERQUE, M. F. M. Modelos de Inferência causal: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**. v.29, n.5, p. 415-423,1995.

DECHAMPS, F. et al. Sources and assessment of occupational stress in the police.
Journal Occupational Health. v.45, p. 358-364, 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1988.

DELCOR, N.S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.1, p.187-196, jan/fev, 2004.

DEREK, R.S. Alcohol and tobacco consumption among Australian police officers: 1989 to 2005. **International Journal of Police Science and Management**, v.9, n.3, p.274-286, sep, 2007.

DESCHAMPS, F. et al. Sources and assessment of occupational stress in the police.
Journal Occupational Health. v.45, n.6, p. 358-364, nov, 2003.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.45-54, 2004.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; HALLAL, P. C.; WELLS, J.C.K. et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.275-282, jan/fev, 2005.

DRULHE, M. **Santé et société: le façonnement social de la santé**. Paris: PUF. 1997.
DUMAZEDIER, J. **A sociologia empírica do lazer**. A dinâmica produtora do lazer. São Paulo: perspectiva, 1979, p.59.

EUROPE COMMISSION. Health and Consumers Directorate-general. **The ECHI – European Community Health Indicators**. Health status: indicators from the Statistics on Income and Living Conditions Surveys (EU-SILC from 2004 onwards) Self-perceived health by sex (%) in 2005. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_30a2_en.pdf>. Acesso em: 28/08/2008.

EVANS, R.G.; BARER, M.; MARMOR, T. **Être ou ne pas être en bonne santé: Biologie et déterminants sociaux de la maladie**. Paris et Montréal: John Libbey Eurotexte et Les Presses de l'Université de Montréal. 1996.

FERNANDES, R.C.P. et al. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**. v. 8, n. 3, p. 807-816. 2002.

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

FERREIRA, M. U.; FERREIRA, C.S.; MONTEIRO, C.A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista. Saúde Pública**, Dez, v.34, n.6, p. 73-82, 2000.

FISCHER, F. M.; GOMES, J. R.; COLACIOPPO, S. (Orgs.) **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989.

FOUCAULT, M. **Il faut défendre la société**. Cours au Collège de France. Paris: Gallimard, Seuil.1997.

FREITAS, J. A. et al. Risco de brucelose zoonótica associado a suínos de abate clandestino. **Revista Saúde Pública**, Fev, v.35, n. 1, p. 101-102, 2001.

GARCIA, R. Conceptos Básicos para el estudio de sistemas complejos. In: LEFF, E. (Coord.). **Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiente del desarrollo**. México: Sigilo XXI, 1986.

GIOVANOLI, M.R. et al. Carbon and hemosiderin-laden macrophages in sputum of traffic policeman exposed to air pollution. **Archives Environment Health**. v. 54, n.4, p. 284-290, jul/aug, 1999.

GOMES, K.R.O; TANAKA, A.C.d'A. Reported morbidity and use of healthservices by working women, Brazil. **Revista de Saúde Pública**,v.37,n.1,p.75-82, feb., 2003.

HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine, Science, Sports and Exercise**. v.35, n.11, p.1894-1900, nov., 2003.

HORTA, B.L. et al.Tabagismo em adolescentes da área urbana na região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.2, p.159-164, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares (POF), 2002-2003**, 2003. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/codicaodevida/pof/2002/defaultu.shtm>. Acesso em: 17/05/2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais 2006**. 2006. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2006/indic_sociais2006.pdf> Acesso em: 11/11/2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de riscos e morbidades referidas de doenças e agravos não-transmissíveis. Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal 2002-2003**. 2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. Acesso em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs>>. Acesso em: 02/10/2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **A ratificação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades**. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2004b.

KARASEK, R. **Job content questionnaire and user's guide**, 1985. Disponível em: <http://jcqcenter.org/JCQ%20Users%20Policy.html>. Acesso em: 02/03/2005.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Health work: stress, productivity, and reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.

KARASEK, R. A. et al. The job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychol**. v. 3, p. 322-355. 1998.

KAUFFMAN, P. Claudicação intermitente: tratamento clínico e indicação cirúrgica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. v.9, n.6, 1999. Disponível em: <http://www.socesp.org.br> .

KILMER, G.; ROBERTS, H.; HUGHES, E. et al. Surveillance of Certain Health Behaviors and Conditions Among States and Selected Local Areas, **Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)**, United States, 2006. Surveillance Summaries, ago., 2008. 57(SS07), p. 1-188. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr>>. Acesso em: 19/08/2008.

KING, H.; UUBERT, R.E.; HERMAN, W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. **Diabetes Care**, v.21, n. 5, p.1414-1430, 1998.

LAURELL, A. C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEITE, J. C. L.; SCHÜLER-FACCINI, L. Defeitos congênitos em uma região de mineração de carvão. **Revista Saúde Pública**, Abr, v.35, n.2, p. 136-141, 2001.

LEON, A.S.; NORSTROM, J. Evidence of the role of physical activity and cardiorespiratory fitness in the prevention of coronary heart disease. **Quest**, v.47, p.311-319, 1995.

LIEBER, R. R. **Trabalhos em turnos e riscos químicos: o horário de trabalho como fator interveniente no efeito tóxico**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992.

_____. **Teoria e metateoria na investigação da causalidade: o caso do acidente de trabalho**. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

_____. Avaliação monitoramento e prevenção de risco ambiental para a saúde. Texto elaborado para debate em grupo de trabalho. In: I SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE E AMBIENTE DA FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2000. **Digitado**.

LIPP, M.N. **O estresse do professor**. Campinas: papirus, 2002.

MACHADO, J. M. H., GOMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, supl. 1, p. 74 – 87, 1994.

MACHADO, J.M.H.; PORTO, M.F.S. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Informe Epidemiológico do SUS**. v.12, n.3, p.121-130, 2003.

MAIA, L.R. **Polícia feminina-perfil e ambigüidade da mulher militar na organização: assistência ou repressão?** Dissertação (Mestrado em Administração) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.N.B.B.; LATORRE, M.R.O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**. v.38, n.1, p.55-61, 2004.

MARTINS, I. S. COELHO, T.L.; CASAJUS, M.I., et al. Smoking, consumption of alcohol and sedentary life style in population grouping and their relationships with lipemic disorders. **Revista de Saúde Pública**, v.29, n. 1, p. 38-45, 1995.

MARX, K.; ENGELS, F. **The german ideology**. Londres: Peguin, 1977.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade e nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n.4, p.41-50, out. 2002.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.6, n.2, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, S. M.; ARAÚJO T.L; MATSUDO, V.K.R., et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.6, n.2, p. 5-18, 2001.

MELO, H. P. et al. **O setor serviços no Brasil: uma visão global 1985/95**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1998.

MESQUITA NETO, P. Violência policial no Brasil: abordagens teóricas e práticas de controle. In: PANDOLER, D.C. et al. (Orgs.) **Cidadania, justiça e violência**. Rio de Janeiro: Ed. FGV.1999.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (Orgs.). **Missão Investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

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.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2767-2779, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p. 797-807, 2005.

MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. **Cadernos Saúde Pública**, Fev, v.20, n.1, p. 224-232, 2004.

MOLARIUS, A. et al. Educational level, relative body weight and changes in their association over 10 years: na international perspective from the WHO MONICA project. **American Journal of Public Health**, v.90, n.8, p. 1260-1268, 2000.

MONTEIRO, C. A., BENICIO, M. H. D'A.; ORTIZ, L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). **Revista Saúde Pública**, Dez, v.34, n.6, p. 26-40, 2000.

MONTEIRO, C. A., SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista Saúde Pública**, Dez, v.34, n.6, p. 62-72, 2000.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Revista Saúde Pública**, Dez, v.34, n.6, p. 52-61, 2000a.

_____. Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996). **Revista Saúde Pública**, Dez, 34 (6): 41-51. 2000b.

MONTEIRO, C.A. et al. Population-based evidence of strong decline in the prevalence of smokers in Brasil (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 7, p. 527-534, 2007.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; CASTRO, I.R.R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, (s. 1), p.67-75, 2003.

MOURA, A. A.G. **As repercussões das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na concessão de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)**. 2005. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

NABEEL, I. et al. Correlation between physical activity, fitness, and musculoskeletal injuries in police officers. **Minnesota Medicine**, v.90, n.9, p. 40-43, sep, 2007.

NAHAS, M.V. **Atividade física saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 131-140, 2006.

NAVARRO, V.L. O trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. **São Paulo em Perspectiva**. v. 17, n.2, p. 32-42, 2003.

NIEMAN, D.C. **Exercício e Saúde**. Ikeda, M. (Trad.). São Paulo: Manole. 1999.

OHNO, K. Alcohol drinking patterns among policemen in Shiga, Kyoto. *Arukuru Kenkyuto Yakubutsu*, v. 30, n.3, p. 97-120, jun, 1995. **Resumo**.

OLIVEIRA, A.F.; VALENTE, J.V.; LEITE, I.C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.2, p.335-345, 2008.

PAZ FILHO, G. J. et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Revista da Associação Médica do Brasil**, v. 47, n. 1, p. 65-69, 2001.

PEIXOTO, M.R.G; BENÍCIO, M.H.D.; JARDIM, P.C.V.B. Relação entre índice de massa corporal e estilo de vida em uma população adulta do Brasil: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2694-2740, 2007.

PEREIRA, M.E.R.; BUENO, S.M.V. Lazer – um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.5, n.4, p. 75-83, 1997.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. 1995.

PERES, F. et al. Percepção das condições de trabalho em uma tradicional comunidade agrícola em Boa Esperança, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Ago, v.20, n.4, p.1059-1068, 2004.

PERNAMBUCO, **Constituição do Estado de Pernambuco de 1998**, Disponível em: <<http://digital.tjpe.gov.br> > Acesso em: 11/11/2008

PERNAMBUCO, Decreto-lei nº. 6.783 de 16 de outubro de 1974, **Estatuto dos policiais militares do Estado de Pernambuco**, 1974.

PERNAMBUCO, Lei Complementar nº. 13,233 de 23 de maio de 2007, **Composição do efetivo da Polícia Militar de Pernambuco**. Disponível em: <<http://digital.tjpe.gov.br> > Acesso em: 11/11/2008

PERNAMBUCO, Lei Complementar nº. 108 de 14 de maio de 2008, **Ingresso nas cooperações Militares do Estado**, 2008. Disponível em: <http://digital.tjpe.gov.br/cgi/om_isapi.dll?clientID=127771&infobase=legislacao&record={596EF}&softpage=ref_Doc> Acesso em: 11/11/2008.

PERNAMBUCO. Polícia Militar de Pernambuco. **Histórico da instituição**. Disponível em: <<http://www.pm.pe.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2006.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS (PNAD). 1998. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>>. Acesso em: 19/08/2008.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4,p. 687-707, 2002.

PITANGA, F.J.G., LESSA, I. Prevalência de fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.870-877, maio/jun, 2005.

PORTO, L.A. et al. Associação entre distúrbios psíquico e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.5, p.818 - 826, 2006.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.

QUEIRÓZ, M. F. F.; MACIEL, R. H. Condições de trabalho e automação: o caso do soprador da indústria vidreira. **Revista Saúde Pública**, Fev, v.35, n.1, p. 1-9, 2001.

RAMALHO, R.C.; PIMENTEL FILHO. Dificil sobrevivência na radiopatrulha: as atividades de renda extra entre policiais militares do município de João Pessoa. **Prim@ Facie (UFPB)**, v. 5, p. 18-26, 2006.

RAO, P.S.R.S. **Sampling methodologies**: with applications. New York: Chapman & Hall /CRC. 2000.

REIS, E. J. F.B. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set/out, 2005.

RHEM, J. et al. Alcohol-related morbidity and mortality. **Alcohol Research Health**, v.27,n.1, p.39-51,2003.

RICHMOND, R.L. et al. How healthy are the police? A survey of life-style factors. **Addiction**, v.93, n.11, p.1729-1737, 1998.

ROQUAYROL, M. Z.;ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Medsi. 1999.

SAITO, I. et al., A cross-sectional study of alcohol drinking and health-related quality of life among male workers in Japan. **Journal Occupational Health**, v. 47, p. 496-503,2005.

SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 14, p1095-1105, 2003.

SAMAJA J. **Epistemologia y metodologia**. Buenos Aires: Eudeba; 1997.

SAMAJA, J.; YNOUB, R. Monitoramiento del los ambientes de desarrollo humano. Texto apresentado na disciplina "Saúde, ambiente e trabalho" do curso de Mestrado em Saúde Pública do CPQAM/FIOCRUZ. Recife, setembro, 1998, **mimio**.

SANSONE, L. Fugindo para a força: cultura corporativista e "cor" na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. **Estudos afro-asiáticos**, v.24, n.3, p.513-532, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v24n3/a04v24n3.pdf>> Acesso em: 11/11/2008.

SANTO, A. H., PINHEIRO, C. E.; JORDANI, M. S. Causas básicas e associadas de morte por Aids, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Revista Saúde Pública**, Dez, v.34, n.6, p. 581-588, 2000.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.897-908, 2004.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, . p. 29-41, 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 31/10/ 2008.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ: Cortez, 1994.

SENNA, M. I. et al. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Fev, v.21, n.1, p. 217-225, 2005.

SILVA, D.K. Medidas de Atividades físicas em adultos. In: BARROS, M.V.G; NAHAS, M.V. (Orgs.). **Medidas da atividade física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais**. Londrina: Midiograf, 2003.

SILVA, D.K. **Qualidade de Vida de Mulheres com Doença Vascular Periférica**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, M. SANTANA, V. S.; LOOMIS, D. Mortalidade por câncer em militares da Marinha do Brasil. **Revista Saúde Pública**, Ago, v. 34, n.4, p. 373-379, 2000.

SILVEIRA, J.L.G. **Aptidão física, índice de capacidade de trabalho e qualidade de vida de bombeiros de diferentes faixas etárias em Florianópolis, SC**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SOARES, L.M. **Meu casaco de general: quinhentos dias no front da segurança pública no Rio de Janeiro**. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

SOBAL, J.; STUKARD, A. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. **Psychological Bulletin**, v. 105, p. 260-275, 1989.

SORENSEN, L. et al. Physical activity, fitness and body composition of Finnish police officers: a 15-year follow-up study. **Occupational Medicine**, v.50, n.1, p. 3-10, 2000.

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. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2004.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 917-928, 2005.

SOUZA, E.R. et al. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n. 1, p. 05-14, jan. 2007.

SPODE, C.B.; MERLO, A.R.C. Trabalho policial e saúde mental: uma pesquisa junto aos capitães da Polícia Militar. **Psicologia: reflexão e críticas**. v. 19, n. 3, p. 362-370. 2006.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3 ed. Porto alegre: Artmed, 2002.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity**. [Rockville, MD]: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001. Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/CalltoAction.pdf>>. Acesso em: 05/11/2008.

VELHO, N.M. **Análise da aptidão física dos policiais militares do Estado de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1994.

WEHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World health report 2002**: reducing risks, promoting healthy life. Geneva:WHO, 2002. 239p. Disponível em:<<http://www.who.int/wload/en/>>. Acesso em: 17/05/2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical activity**. 2003a. Disponível em: <www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_pa.pdf>. Acesso em: 07/11/2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic disease**. WHO Technical reported 2003b. Séries nº916: Geneva. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/who_TRS_916.pdf >.Acesso em: 16/12/2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building blocks for tobacco control**: a handbook. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf>. Acesso em: 17/05/2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global database on body index**: BMI classification. Geneva:WHO, 2006. Disponível em:<<http://www.who.int/bmi/>>. Acesso em: 06/03/2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the global tobacco epidemic**, 2008: the MPOWER package. Geneva:WHO, 2008. Disponível em:<http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_forward_summary_2008.pdf>. Acesso em: 06/10/2008.

ZANNIN, P. H.T.; SZEREMETTA, B. Avaliação da poluição sonora no parque Jardim Botânico de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Abr, v.19 , n.2, p.683-686, 2003

ANEXOS

ANEXO A - Questionário Semi- Estruturado

**MINISTÉRIO DA SAÚDE – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

PESQUISA SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE, DE TRABALHO E MODOS DE VIDA DE POLICIAIS MILITARES

QUESTIONÁRIO – 2007

*ATENÇÃO note que o seu nome não será inscrito, as suas respostas individuais são anônimas e serão mantidas em sigilo.
Por favor, responda todas as questões. Desde já, agradecemos a sua participação!*

I – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

A) Data de Nascimento: ___/___/___

B) Sexo: []₁ Masculino []₂ Feminino

C) Peso: _____ (kg)

0

D) Altura: _____ (m)

E) Cor da Pele: []₁ Branca []₂ Amarela (ex: orientais) []₃ Negra []₄ Parda (ex.: mulatos)

F) Situação Conjugal: []₁ Solteiro []₂ Casado (oficialmete ou não) []₃ Viúvo []₄ Divorciado/Separado

G) N^o de filhos que você tem: []

H) N^o de pessoas morando em sua casa: []

I) Bairro onde Reside: _____

J) Cidade onde Reside: _____

K) N^o total de cômodos (incluindo: quartos, salas, cozinhas, banheiros) que tem na sua casa: []

L) Propriedade da Casa: []₁ Própria []₂ Alugada []₃ Outros → Descreva: _____

M) Quantos anos de ensino você cursou? (marque um X)

Ensino Fundamental (1 ^o grau)								Ensino Médio (2 ^o grau)			Superior	
1 ^o []	2 ^o []	3 ^o []	4 ^o []	5 ^o []	6 ^o []	7 ^o []	8 ^o []	1 ^o []	2 ^o []	3 ^o []	Incompleto []	Completo []

N) Quantos anos de ensino o principal responsável pelo sustento da casa cursou? (mesmo se for você assinale novamente)

Ensino Fundamental (1 ^o grau)								Ensino Médio (2 ^o grau)			Superior	
1 ^o []	2 ^o []	3 ^o []	4 ^o []	5 ^o []	6 ^o []	7 ^o []	8 ^o []	1 ^o []	2 ^o []	3 ^o []	Incompleto []	Completo []

O) Informe o número de ITENS que você tem na sua casa:

1. Televisão em cores	N ^o []	2. Videocassete ou DVD	N ^o []
3. Rádio ou Aparelho de Som	N ^o []	4. Banheiro no interior da casa	N ^o []
5. Automóvel	N ^o []	6. Empregada Mensalista	N ^o []
7. Máquina de Lavar	N ^o []	8. Geladeira (de uma só porta)	N ^o []
9. Freezer ou Geladeira Duplex	N ^o []		

II – ASPECTOS DE SAUDE

A) De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera seu próprio estado de saúde?

Muito bom []₁ Bom []₂ Regular []₃ Ruim []₄ Muito Ruim []₅

B) Marque com um “X” os Problemas de Saúde que você tem Sentido:

Defeitos da visão []₁ Dores musculares []₂ Pressão alta []₃ Problemas ósseos/ articulares []₄

Cansaço/Fadiga []₅ Dificuldade de sono []₆ Dor de Cabeça []₇ Problemas auditivos []₈

Prisão de ventre []₉ Inchaço nas pernas []₁₀ Alergias []₁₁ Problemas digestivos []₁₂

Irritação []₁₃ Ansiedade []₁₄ Tontura []₁₅

Outros []₁₆ → Descreva: _____

C) Marque com um “X” os problemas de saúde que você tem e que foram Diagnosticados por um Médico:

Problemas cardíacos []₁ Diabetes []₂ Pressão alta []₃ Atrites/Atrose []₄

Úlcera/Gastrite []₅ Labirintite []₆ Varizes []₇ Lombalgia []₈

Depressão []₉ Deficiência de Visão []₁₀

Outros []₁₆ → Descreva: _____

D) Você faz uso regular de algum medicamento?

[]₂ Não []₁ Sim

→ Caso SIM, Quais medicamentos usa? _____

III- FUMO

A) Você fuma? []₁ Sim []₂ Não

Se Não responda → 2[] nunca fumei 3[] parou de fumar a menos 2 anos 4[] parou de fumar a mais 2 anos

Se SIM responda → numa SEMANA NORMAL quantos cigarros por dia você consome?

1[] menos de 10 2[] 10-20 3[] mais de 20

B) Com quantos anos você começou a fumar? _____(anos)

IV- BEBIDAS ALCOÓLICAS

A) Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? []₁ Sim []₂ Não

B) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? []₁ Sim []₂ Não

C) Você se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? []₁ Sim []₂ Não

D) Você costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? []₁ Sim []₂ Não

V – CONFLITOS

A) Com que frequência você se envolve em conflitos com familiares?

Freqüentemente []₁ Às vezes []₂ Raramente []₃ Nunca ou quase nunca []₄

B) Com que frequência você se envolve em conflitos com vizinhos ou amigos?

Freqüentemente []₁ Às vezes []₂ Raramente []₃ Nunca ou quase nunca []₄

C) Com que frequência você se envolve em conflitos com colegas de trabalho?

Freqüentemente []₁ Às vezes []₂ Raramente []₃ Nunca ou quase nunca []₄

VI - ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você faz em **UMA SEMANA NORMAL**.

1) Você realiza **ATIVIDADES VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo:

- **correr, fazer aeróbica, jogar futebol, nadar ou pedalar rápido, fazer serviços domésticos pesados como carregar objetos pesados, faxina** ou qualquer atividade que faça você suar bastante ou aumentem muito sua respiração ou batimentos do coração (**CANSA BASTANTE**).

a) Quantos **dias** por **semana**?
_____ dias

b) Quanto **tempo** por **dia**?
_____hs.____min

3) Você faz **CAMINHADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, em casa ou no trabalho, como forma de transporte (para se deslocar de um lugar a outro), lazer ou exercício?

a) Quantos **dias** por **semana**?
_____ dias

b) Quanto **tempo** por **dia**?
_____hs.____min

2) Você realiza **ATIVIDADES MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo:

- **pedalar ou nadar em ritmo moderado, jogar vôlei recreativo, dançar, fazer serviços domésticos moderados como carregar pesos leves, varrer ou limpar o chão** ou qualquer atividade que faça você suar pouco ou aumentem um pouco mais que o normal a sua respiração ou batimentos do coração (**CANSA POUCO**)

a) Quantos **dias** por **semana**?
_____ dias

b) Quanto **tempo** por **dia**?
_____hs.____min

VII - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece **sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre**. Isto inclui o tempo sentado estudando, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. **NÃO INCLUA** o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, ou carro.

Fica sentado durante UM DIA DE SEMANA NORMAL -----→ Quanto **tempo** por **dia**? _____hs.____min.

Fica sentado durante UM DIA DE FINAL DE SEMANA NORMAL -----→ Quanto **tempo** por **dia**? _____hs.____min.

VIII – HÁBITOS DE LAZER

A) Marque abaixo as **atividades** que você **mais realiza** no seu tempo de **LAZER**?

Assistir TV/filme []₁

Ficar sozinho []₂

Descansar /Dormir []₃

Ir a clubes/praias []₄

Ir a igreja []₅

Ir a Bares []₆

Viajar []₇

Encontrar/Passar com amigos []₈

Encontros/Passesios Familiares []₉

Ler []₁₀

Exercícios/esportes []₁₁

Namorar []₁₂

Outros []₁₆ → Descreva: _____

IX – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

- | | |
|---|--|
| <p>A) Posto/Graduação: _____</p> <p>B) Tempo Efetivo de serviço: _____ (anos).</p> <p>C) Local de Trabalho: []₁ Interno []₂ Externo</p> <p>D) Carga Horária de Trabalho: _____(hora/semana)</p> <p>E) Função que exerce no Trabalho: _____</p> <p>F) Horário de Trabalho: []₁ Diurno []₂ Noturno []₃ Misto</p> <p>G) Tipo de Turno: []₁ Fixo []₂ Escala/Alternado</p> <p>H) Folgas Semanais na PM: _____(dia/semana) ou _____(hora/semana)</p> <p>I) Hora Extra na PM: []₂ Não []₁ Sim → _____(hora/semana)</p> <p>J) Trabalho fora da PM: []₂ Não []₁ Sim → _____(dia/semana) ou _____(hora/semana)</p> <p>K) Quais são os equipamentos individuais de Segurança, além do fardamento que você utiliza?
Resposta: _____</p> <p>L) Você já sofreu algum acidente de trabalho (Ex.: queda, ferimento, contusão, fratura etc.)?
[]₂ Não []₁ Sim → Descreva: _____</p> <p>M) Cite as principais condições de insegurança na sua atividade de trabalho:
Resposta: _____</p> <p>N) São oferecidos treinamentos ou capacitações?
1[] freqüentemente 2[] as vezes 3[] raramente 4[] nunca</p> <p>O) Você está satisfeito com o seu trabalho?
1[] muito satisfeito 2[] satisfeito 3[] pouco satisfeito 4[] insatisfeito</p> | |
|---|--|

ATENÇÃO: PARA AS QUESTÕES A SEGUIR ASSINALE (X) A RESPOSTA QUE MELHOR CORREPONDE OU SE APROXIMA DA SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO.

- | | |
|---|--|
| <p>1) Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.
1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente</p> <p>2) Meu trabalho envolve muita repetitividade.
1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente</p> <p>3) Meu trabalho requer que eu seja criativo.
1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente</p> <p>4) Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta.
1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente</p> <p>5) Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.
1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente</p> <p>6) Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.
1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente</p> <p>7) Em meu trabalho posso fazer muitas coisas diferentes.
1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente</p> | |
|---|--|

- 8) O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado (pelos superiores e/ou colegas).**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 9) No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 10) Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 11) Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 12) Meu trabalho exige muito esforço físico.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 13) Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 14) O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 15) Sou fortemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no meu trabalho.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 16) Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 17) Eu estou livre de demandas conflitantes feitas por outros.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 18) Meu trabalho exige longos períodos de intensa concentração nas tarefas.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 19) Minhas tarefas, muitas vezes, são interrompidas antes que eu possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua continuidade.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 20) Meu trabalho é desenvolvido de modo frenético (agitado, rápido).**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 21) Frequentemente, meu trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 22) Meu trabalho exige, por longos períodos, que eu mantenha minha cabeça ou meus braços em posições fisicamente incômodas.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 23) Esperar pelo trabalho de outras pessoas ou departamentos/setores, muitas vezes, torna meu trabalho mais lento.**
 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 24) Meu supervisor preocupa-se com o bem-estar de seus subordinados.**
 8[] Não tenho supervisor 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 25) Meu supervisor presta atenção as coisas que eu falo.**
 8[] Não tenho supervisor 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 26) Eu estou exposto(a) a conflito ou hostilidade por parte de meu supervisor.**
 8[] Não tenho supervisor 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente
- 27) Meu supervisor me ajuda a fazer meu trabalho.**
 8[] Não tenho supervisor 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

28) Meu supervisor é bem sucedido em promover o trabalho de equipe.

8[] Não tenho supervisor 1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

29) As pessoas com quem eu trabalho são competentes na realização de suas atividades.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

30) As pessoas com quem eu trabalho interessam-se pelo que acontece comigo.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

31) Eu estou exposto(a) a conflitos ou hostilidade por parte das pessoas com que trabalho.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

32) As pessoas no meu trabalho são amigáveis.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

33) As pessoas com quem trabalho encorajam uma a outra a trabalharem juntas.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

34) As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.

1[] Discordo fortemente 2[] Discordo 3[] Concordo 4[] Concordo fortemente

**ESPERAMOS PODER CONTRIBUIR PARA MELHORAR AS SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E
TRABALHO!**

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO B - Carta de Anuência da Instituição Polícia Militar



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
COMANDO GERAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro ao Núcleo de Estudos e Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, que a Sr^a Daniela Karina da Silva Ferreira, aluna do Programa de Doutorado em Saúde Pública do CPqAM/FIOCRUZ, está autorizada a desenvolver a pesquisa: "Condições de Saúde, de Trabalho e Modos de Vida de Policiais Militares" com os policiais militares lotados na unidade do 16º BPM - Batalhão Frei Caneca, situado no Cais de Santa Rita, s/nº, bairro de São José, Recife-PE, subordinado ao Comando de Policiamento da Capital, ficando acordado que a realização da pesquisa será efetuada em dia e horário disponível na PMPE.

Recife-PE, em 20 de abril de 2007.


ITURBSON AGOSTINHO DOS SANTOS - Cel PM
Comandante Geral da PMPE

Fig.: 2º Sgt PM - J. Carlos

QUARTEL DO COMANDO GERAL DA PMPE
 Praça do Derby s/nº, Derby, Recife-PE CEP 52.010-140 Fones (081) 3412.1320, Fax 3412-1770,
 E-mail pmpe_acg@yahoo.com.br ou pmpeacg@bol.com.br
NOSSA PRESENÇA, SUA SEGURANÇA .

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr(a)

Temos o prazer de convidá-lo para participar da pesquisa “*Condições de Saúde, de Trabalho e os Modos de Vida de Policiais Militares*” que estará sendo desenvolvida nos Batalhões da Polícia Militar de Pernambuco. O objetivo geral desta pesquisa é *Analisar as condições de trabalho, os modos de vida e a saúde e identificar possíveis inter-relações em Policiais Militares.*

Caso esteja disposto a colaborar, solicita-se que realize o preenchimento de um questionário. Para seu esclarecimento, as informações terão como única finalidade o desenvolvimento desta pesquisa, garantindo-se o anonimato e sigilo das respostas individuais, não oferecendo quaisquer riscos. Destaca-se que se quiser poderá desistir a qualquer momento.

Pretendemos com esta pesquisa, reunir informações que forneçam um perfil dos Policiais Militares para que possamos melhor compreender as relações entre trabalho, saúde e modos de vida destes trabalhadores. Desse modo poderemos propor estratégias de intervenção com vistas à melhoria das condições de trabalho e saúde dos Policiais Militares.

Contando com a sua colaboração, desde já, agradecemos a participação na realização deste estudo, através da assinatura deste termo, em duas vias, ficando uma delas em sua posse e outra com a pesquisadora.

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa *Condições de Saúde, de Trabalho e os Modos de Vida de Policiais Militares* estando devidamente informado sobre os objetivos do estudo, e de acordo com o esclarecido, aceito participar da pesquisa.

Recife, ____ de _____ de 2007

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Daniela Karina da Silva Ferreira
(Pesquisadora responsável)

Fone para contato: (81) 3441-0858

ANEXO D - Formulas para Construção da Escala do JCQ

FORMULAS PARA CONSTRUÇÃO DAS ESCALAS DO INSTRUMENTO CONTEÚDO DO TRABALHO

PARA A VERSÃO EM PORTUGUÊS (ARAÚJO, T)

CONTROLE
USO DE HABILIDADES = [Q1+ Q3 + Q5 + Q7 + Q9 + (5 - Q2)] x 2
AUTORIDADE DECISÓRIA = [Q4+Q8+(5-Q6)]x4
DEMANDA
DEMANDA PSICOLÓGICA = [(Q10 + Q11) x 3 + (15 - (Q13 + Q14 + Q17)) x 2]
DEMANDA FÍSICA = [Q12 + Q15 + Q16 + Q21 + Q22]
INSEGURANÇA
[Q31+ Q34 + (5 - Q32)]
APOIO DO SUPERVISOR
[Q24 + Q25+ Q27 + Q28]
APOIO DOS COLEGAS
[Q29 + Q30 + Q32 + Q34]
ESFORÇO FÍSICO = [Q12 + Q15 + Q16]
RESISTÊNCIA ISOMÉTRICA = [Q21 + Q22]

Uso de habilidades

- Q1 = aprender coisas novas
- Q2 = trabalho repetitivo
- Q3 = requer criatividade
- Q5 = alto nível de habilidade
- Q7 = variedade
- Q9 = desenvolver suas próprias habilidades

Autoridade decisória

- Q4 = decisões próprias
- Q6 = pouca liberdade para decidir
- Q8 = o que digo é considerado

Demanda Psicológica no trabalho

- Q10 = trabalhar rápido
- Q11 = trabalho duro
- Q13 = trabalho excessivo
- Q14 = tempo suficiente
- Q17 = demandas conflitantes

Demanda Física no trabalho

- Q12 = esforço físico
- Q15 = mover ou levantar cargas pesadas
- Q16 = atividade física rápida
- Q21 = manter o corpo em posição fisicamente incômoda
- Q22 = minha cabeça e meus braços em posição fisicamente incômoda

Insegurança

- Q31= periodicidade do trabalho
- Q32 = estabilidade
- Q34 = possibilidade de perder o emprego

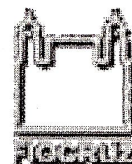
Apoio do Supervisor

- Q24 = preocupa-se com o bem-estar
- Q25 = presta atenção as coisas que falo
- Q27 = ajuda a fazer o trabalho
- Q28 = promove o trabalho em equipe

Apoio dos Colegas

- Q29 = colegas são competentes
- Q30 = interessam-se pelo que acontece comigo
- Q32 = colegas são amigáveis
- Q34= colegas são colaborativas

Anexo E – Declaração de Compromisso da Pesquisadora



DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Eu, Daniela Karina da Silva Ferreira aluna regularmente matriculada no Programa de Doutorado em Saúde Pública do CPqAM/FIOCRUZ, na linha de pesquisa Epidemiologia Ambiental (Saúde do Trabalhador), responsável pela pesquisa intitulada "Condições de Saúde, de Trabalho e Modos de Vida de Policiais Militares" me comprometo a enviar relatório parcial e final conforme capítulo IX, artigo 2c da resolução 196/96 (março de 2008 e março de 2009).

Recife, 20 de Abril de 2007.

A handwritten signature in cursive script, reading "Daniela Karina da Silva Ferreira".

Daniela Karina da Silva Ferreira

ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética (CEP/CpQAM.)



Título do Projeto: "Condições de saúde, de trabalho e modos de vida de policiais militares"

Pesquisador responsável: Daniela Karina da Silva Ferreira

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ - NESC

Data de apresentação ao CEP: 23/04/2007

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 21/07


Registro no CAAE: 0021.0.095.000-07

PARECER Nº 018/2007

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 13 de junho de 2010. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 13 de junho de 2007.


 Dr. Zulma Maria de Medeiros
 Biomédica
 Coordenadora
 CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 13/06/2008.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
 Recife - PE - Brasil
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)