

RBMC

REVISTA BRASILEIRA MILITAR DE CIÊNCIAS

Publicação Oficial da Fundação Tiradentes, Associação Brasileira de Saúde das Polícias Militares e Corpo de Bombeiros Militares e Academia Nacional de Saúde das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares do Brasil

VOLUME 01 • Nº 02 • MARÇO DE 2016



**FUNDAÇÃO
TIRADENTES**

"Promovendo a boa saúde de policiais militares e famílias"



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
SAÚDE DAS POLÍCIAS MILITARES
E BOMBEIROS MILITARES



**A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA NOS PROGRAMAS DE
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICOS
PSIQUIÁTRICOS DE MILITARES EM GOIÁS**

**AVALIAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR, GLICEMIA DE
JEJUM E A1C EM PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL
DO POLICIAL MILITAR EM GOIÂNIA, GOIÁS**

USO DE PSICOTRÓPICOS EM POLICIAIS MILITARES

**SÍNDROME METABÓLICA NOS PROFISSIONAIS DAS
FORÇAS ARMADAS E DA SEGURANÇA PÚBLICA NO
BRASIL: UMA REVISÃO**

Copyright © 2016 by: Fundação Tiradentes
Associação Brasileira de Saúde das Polícias Militares e Corpo de Bombeiros Militares
Academia Nacional de Saúde das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares do Brasil.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

R454 Revista Brasileira Militar de Ciências / Fundação Tiradentes. Vol. 1, n. 2
(abril 2016). - Goiânia, 2016. Ion-line.
34 p.: il.

Modo de acesso: <http://rbmc.org.br>

Quadrimestral
ISSN 2447-9071 (versão on-line)

I. Ciências médicas. 2. Ciências militares. 3. Polícia militar – saúde. 4. Saúde bucal – polícia militar. 5. Psicotrópicos – uso. 6. Diagnósticos psiquiátricos – policiais militares. I Fundação Tiradentes. II. Associação Brasileira de Saúde dos Policiais Militares e Corpo de Bombeiros. III. Academia Nacional de Saúde dos Policiais Militares e Corpo de Bombeiros Militares.

CDU: 61(05)

DIREITOS RESERVADOS - É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio sem a autorização prévia e por escrito do autor. A violação dos Direitos Autorais (Lei n.º 9610/98) é crime estabelecido pelo artigo 48 do Código Penal.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil
2016

EXPEDIENTE

Revista Brasileira Militar de Ciências

Órgão oficial de divulgação da Fundação Tiradentes, Associação Brasileira de Saúde das Polícias Militares e Corpo de Bombeiros Militares e Academia Nacional de Saúde das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares do Brasil.

Distribuição: dirigida e gratuita.

EDITOR-CHEFE

Ten. Cel. Waldemar Naves do Amaral - PhD
Diretor Acadêmico da Faculdade da Polícia Militar e Presidente da Associação Brasileira de Saúde das Polícias Militares e Corpo de Bombeiros Militares

EDITORES

Ten. Cel. Cleber Aparecido Santos
Diretor Geral da Faculdade da Polícia Militar e Presidente da Fundação Tiradentes

Ten. Cel. Ubiratan Reges de Jesus Júnior
Diretor Administrativo/Financeiro da Faculdade da Polícia Militar

Cel. Rômulo Capello Teixeira
Presidente da Academia Brasileira de Saúde dos Policiais Militares e Bombeiros Militares

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9610 (09/02/98). Nenhuma parte poderá ser reproduzida sem autorização prévia, por escrito, da Fundação Tiradentes, Associação Brasileira de Saúde das Polícias Militares e Corpo de Bombeiros Militares e Academia Nacional de Saúde das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares do Brasil, sejam quais forem os meios empregados.

CONSELHO EDITORIAL

Cel. Naldimar Lourenço Barbosa
Ten. Cel. Sérgio Henrique Nascente Costa
Ten. Cel. Helen de Melo Gervasio
Maj. Cárita Regina da S. Freire
Maj. Sandra Maria da Fonseca Diniz
Ten. Cel. Simone Aparecida Simões
Cap. José dos Reis Mendes
Cap. Hérika Gomes Falcão
Ten. Ana Paula Lindoso
Ten. Eline Rozária Ferreira Barbosa
Subten. Suzy Darlen Soares de Almeida

COORDENAÇÃO

Comunicação Social da Fundação Tiradentes
Av. Contorno, nº 2.185 -Setor Central - Goiânia-GO
CEP: 74055-140 / Telefone: (62) 3269-3335



Versailles Comunicação

Rua 1121 com 1124, Qd. 216, Lt. 04 - Setor Marista - Goiânia - Goiás / Brasil
CEP: 74175-080 / email: redacao@versaillescomunicacao.com.br

Edição: Tatiana Cardoso

Projeto Gráfico: Tatiana Cardoso e Vinícius Carneiro

REGRAS PARA PUBLICAÇÃO

A revista aceitará materiais experimentais (com casuística) para publicação no campo relacionado, direta ou indiretamente, à atividade militar e artigos de revisão. As normas que seguem da revista serão regulamentadas segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Serão aceitos:

1. Artigos originais completos sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos.
 2. Relatos de casos de grande interesse desde que bem documentados clínica e laboratorialmente.
 3. Números especiais com anais, coletâneas de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros e suplementos com trabalhos versando sobre tema de grande interesse.
 4. Artigos de revisão, preferencialmente do tipo sistemática ou meta-análise.
 5. Comentários editoriais, a convite, quando solicitados a membros do conselho editorial.
 6. As cartas dos leitores versando sobre a matéria editorial poderão ser resumidas sem alteração dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a mesma será enviada aos autores do artigo para que sua resposta seja publicada simultaneamente. As críticas deverão ser fundamentadas e acompanhadas de referências bibliográficas.
- A revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.

PROCESSAMENTO

Todo material enviado será analisado pelo Corpo Editorial da revista composto pelo: editores da revista, conselho editorial, colaboradores e adjuntos; sendo vetado a identificação aos revisores dos autores ou do serviço onde os trabalhos foram desenvolvidos, assim como os revisores não serão identificados pelos autores, exceto quando solicitados por aqueles.

Ao recebimento, os artigos serão datados e codificados sendo seus autores comunicados do recebimento. Os artigos que não preencherem as normas editoriais serão rejeitados neste estágio. Aqueles que estiverem de acordo serão enviados a dois revisores indicados pelo Editor. Os autores serão informados sobre a aceitação e das modificações, eventualmente sugeridas, pelo Corpo Editorial. Quando modificações forem solicitadas, os autores deverão retornar o manuscrito corrigido dentro de 15 dias, devendo justificar caso alguma sugestão não for aceita.

DIREITOS AUTORAIS (COPYRIGHT)

É uma condição de publicação em que os autores transferem os direitos autorais de seus artigos a Revista Brasileira Militar de Ciências (RBMC). Todos os artigos deverão ser enviados com uma carta de encaminhamento assinada por todos os autores relatando que o trabalho para publicação é original e que não foi enviado para análise ou publicado em outras revistas, no todo ou parcialmente. Na carta ainda deve estar explícito que os autores transferem os direitos autorais para RBMC e concordam com as normas editoriais. A transferência dos direitos autorais à revista não afeta os direitos de patente ou acordos relacionados aos autores. As figuras, fotos ou tabelas de outras publicações podem ser reproduzidas desde que autorizadas pelo proprietário. A autorização escrita deve ser enviada junto com manuscrito. O material publicado passa a ser propriedade da RBMC, podendo ser reproduzido com sua anuência. A RBMC não se obriga a devolver os originais mesmo em caso de recusa.

ASPECTOS ÉTICOS

O Corpo Editorial segue os princípios da Declaração de Helsinki e recomendamos que os autores dos artigos enviados obedeçam a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e preencham os requerimentos reguladores e legais para experiências em seres humanos com drogas, incluindo consentimento informado, de acordo com os procedimentos necessários em sua instituição ou país. Toda informação do paciente deve ser anônima. Para maiores detalhes acessar o site da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

O conteúdo intelectual dos manuscritos é de total responsabilidade de seus autores. O Corpo Editorial não assumirá qualquer responsabilidade sobre as opiniões ou afirmações dos autores. Todo esforço será feito pelo Corpo Editorial para evitar dados incorretos ou imprecisos. O número de autores deve ser limitado em seis.

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os autores enviarão por via eletrônica, através do email rvmc@tiradentes.org.br, o arquivo completo, juntamente com as fotos e tabelas (se houver). No email deverá conter o endereço completo, telefone, e email do autor.

APRESENTAÇÃO

Os artigos devem ser digitados em espaço duplo em um só lado da folha de papel A4. Os artigos originais devem conter os seguintes tópicos: Título (português e inglês), resumo (português e inglês), introdução, objetivos, métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos e referências. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página.

Os relatos de casos e série de casos devem ser estruturados em: resumo, introdução, relato de caso, discussão e referências.

Os artigos de revisão sistemática devem seguir resumo, introdução com objetivo, revisão de literatura, metodologia, discussão, considerações finais e referências.

As meta-análises seguem o princípio dos artigos originais.

A primeira página deve incluir: título, primeiro e último nome dos autores e sua filiação, títulos (não mais que 20 letras), palavras chaves (5-8) e o endereço para correspondência. A segunda página deve conter o título do artigo no cabeçalho e cuidado deve ser tomado no restante do texto para que o serviço ou os autores não possa ser identificado (suprimi-los).

RESUMO

O resumo dos artigos originais deve ser dividido em seções contendo informações que permita ao leitor ter uma ideia geral do artigo, sendo divididos nos seguintes tópicos: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Não deve exceder 250 palavras. O resumo dos relatos de casos deve ser em um único parágrafo. Uma versão em inglês do resumo e das palavras chaves deve ser fornecido.

ESTILO

As abreviaturas devem ser em letras maiúsculas e não utilizar ponto após as letras, ex: US e não U.S.. As análises estatísticas devem ser pormenorizadas no tópico referente aos métodos. O uso de rodapé não será permitido, exceto em tabelas. O Corpo Editorial reserva o direito de alterar os manuscritos sempre que necessário para adaptá-los ao estilo bibliográfico da revista.

LITERATURA CITADA

As referências devem ser numeradas consecutivamente à medida que aparecem no texto e depois nas figuras e tabelas se necessárias, citadas em numeral sobrescrito, ex: "Trabalho recente sobre o efeito do ultrassom 22 mostra que...". Todas as referências devem ser citadas no fim do artigo seguindo as informações abaixo:

1. et al. Não é usado. Todos os autores do artigo devem ser citados.
2. As abreviações dos jornais médicos devem seguir o formato do Index Medicus.
3. Trabalhos não publicados, artigos em preparação ou comunicações pessoais não devem ser usadas como referências. Quando absolutamente necessárias, somente citá-las no texto.
4. Não usar artigos de acesso difícil ou restrito aos leitores, selecionando os mais relevantes ou recentes. Nos artigos originais o número de referência deve ser limitado em 25 e os relatos de casos e cartas em 10.
5. A exatidão dos dados da referência é de responsabilidade dos autores. As referências devem seguir o estilo ABNT.

AGRADECIMENTOS

Dirigidos às contribuições científicas ou materiais de outros que não justificam co-autoria.

ILUSTRAÇÕES

As legendas das ilustrações devem ser digitadas em páginas separadas. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto do artigo e numeradas de acordo com aparecimento, ex: figura 3.

TABELAS E GRÁFICOS

As tabelas devem ser digitadas no corpo do texto conforme a disposição do autor e os seguintes símbolos devem ser usados no rodapé: *, †, ‡, †.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO DE PESQUISA

O autor deve estabelecer se há relação de conflito de interesse e se há financiamento de pesquisas. Em havendo uma das duas condições, estabelecer e nomeá-las.

08

A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

DIANA LOPES ALVES

14

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS DE MILITARES EM GOIÁS

MARCUS NASCIMENTO BORGES, THIAGO CEZAR DA FONSECA,
JOSÉ MARIA ARANHA FONSECA E VINÍCIUS MARTINS DA CUNHA

17

AVALIAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR, GLICEMIA DE JEJUM E A1C EM PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL DO POLICIAL MILITAR EM GOIÂNIA, GOIÁS

JOSÉ NETO, RODRIGO FIGUEIREDO, PAULA OLIVEIRA, KARLLA PENNA E SÉRGIO NASCENTE-COSTA

22

USO DE PSICOTRÓPICOS EM POLICIAIS MILITARES

FERNANDA ROCHA COUTO LAUREANO , WALDEMAR NAVES DO AMARAL
E PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA

27

SÍNDROME METABÓLICA NOS PROFISSIONAIS DAS FORÇAS ARMADAS E DA SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL: UMA REVISÃO

SUZY DARLEN S. DE ALMEIDA, ODECENI VIEIRA DE SOUZA E WALDEMAR NAVES DO AMARAL

COMPARTILHAR E SOMAR É A GRANDE SAÍDA

“Jesus jamais dividiu pães e peixes. Tivesse feito isso jamais teria alimentado tantos. Ele re-partiu, partilhou. O que se divide, acaba. O que se partilha se multiplica”, já dizia Mário Sérgio Cortela.

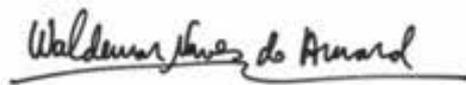
Na vida coletiva é preciso partilhar, compartilhar, somar eventos positivos, e em bom goianês “ciscar para dentro”. Neste sentido, a soma de esforços traduz em produto final crescente e de grande relevância para a toda coletividade.

Dividir, subtrair e não compartilhar promovem ações depreciativas e incendiárias, trazendo grandes prejuízos e retrocessos para a vida em comunidade.

A RBMC tem a missão de promover a ciência mais cristalina na sua forma e no seu conteúdo, trazendo aprendizado ao conhecimento humano, sem esquecer a função social, conciliadora e de cooperativismo que são essenciais para o bom desempenho das atividades da Faculdade da Polícia Militar/ Fundação Tiradentes e da própria Polícia Militar do Estado de Goiás.



TEN. CEL. CLEBER APARECIDO SANTOS
PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO TIRADENTES



TEN. CEL. WALDEMAR NAVES DO AMARAL
EDITOR-CHEFE DA REVISTA BRASILEIRA MILITAR DE CIÊNCIAS

A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

THE PSYCHOLOGY CONTRIBUTION IN PROMOTION PROGRAMS OF THE ORAL HEALTH

DIANA LOPES ALVES¹

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo apresentar a contribuição da psicologia na formulação do programa “clínica do bebê”, desenvolvido pelo setor de promoção de saúde do Núcleo de Assistência Integrada de saúde da 4ª Gerência Regional de Saúde do Sistema IPISM-CBMMG-PMMG. O programa teve como objetivo alcançar mudanças de hábito de vida quanto à higiene bucal aumentar adesão aos programas promoção/prevenção de saúde bucal do público alvo e a mudança de comportamento em relação à saúde de pais e bebês sob a égide da psicologia como conhecimento auxiliar com ênfase na importância do vínculo profissional. Como resultado a boa relação foi observada como fator de sucesso do processo de adesão aos programas de promoção de saúde bem como o envolvimento e interesse dos órgãos envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: ADESÃO A PROGRAMAS, PSICOLOGIA, PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL, RELAÇÃO PROFISSIONAL.

ABSTRACT

The objective of the following article, is to present the contribution of psychology in the program “clinical of baby”, developed by section of promotion and health from the Núcleo de Assistência Integrada à Saúde da 4ª Gerência Regional de Saúde do Sistema IPISM-CBMMG-PMMG. The program aimed to achieve changes of the life habits regarding oral hygiene, increasing adherence to program promotion / prevention of oral health of the target audience and to behavior change in relation to the health of parents and child under the aegis of psychology as knowledge assist with emphasis on the importance of the professional relationship. As a result of the good relationship was seen as a success factor of the accession process to health promotion programs as well as the involvement and interest of the departments involved.

KEYWORDS: ADHERENCE TO PROMOTION PROGRAM, PSYCHOLOGY, PROMOTION ORAL HEALTH, PROFESSIONAL RELATIONSHIP.

1. INTRODUÇÃO

A prevenção na Odontologia tem recebido um espaço relevante nos dias atuais. Observa-se que a maioria dos meios utilizados para prevenir doenças bucais tem sido destinados àquelas pessoas que já adquiriram a doença, ou seja, pouca ênfase tem-se dado à prevenção precoce, destinada à higienização da cavidade bucal de bebês, ou mesmo à saúde bucal das gestantes. A Odontologia intrauterina vem crescendo, de modo que é no pré-natal odontológico que as mães são abordadas, orientadas e educadas em relação à saúde bucal do seu futuro bebê.

Considerando que a Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade

de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986). A AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (2000) recomenda que os cuidados com a saúde bucal da criança devem se iniciar com uma consulta para orientações dos pais no pré-natal. Considera que a primeira consulta odontológica deve ocorrer aos 6(seis) meses e não ultrapassar o primeiro ano de vida da criança.

Por outro lado, baixa adesão aos programas de promoção de saúde é uma realidade. Apesar da importância admitida por todo seguimento desde profissionais, pacientes e instituições em muitos casos não ocorre o comprometimento com os programas propostos. Ao analisar sobre a adesão ao tratamento de doença crônica, por exemplo, a OMS discorre, “não há como negar que pacientes têm dificuldade em seguir

¹ - Graduada em Psicologia, Especialista em Terapia Cognitiva, Técnica em Saúde bucal.

o tratamento recomendado. A baixa adesão (ao tratamento de doenças crônicas) é um problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos é em torno de 50%. Em países em desenvolvimento as taxas são ainda menores”. Por analogia nota-se que o mesmo ocorre em programas de promoção de saúde ou até este índice chega a ser menor.

Atualmente a odontologia vem se voltando para o atendimento de bebês, tentando instituir precocemente medidas educativas e preventivas, porque se sabe que a cárie dentária em bebês se manifesta de forma agressiva e progressão acelerada, acarretando até mesmo a destruição completa do elemento dentário num curto espaço de tempo. Por outro lado, os conhecimentos científicos acerca da etiopatogenia da doença asseguram a possibilidade de acompanhar uma criança desde o seu nascimento até a idade adulta de maneira que ela não passe por experiência de cárie e doença periodontal.

Considerando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que adesão ao tratamento “é a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde”. Em se tratando de que relaciona para adesão que a pessoa tenha um comportamento ou a mudança dele, isto leva a acreditar que para a efetiva participação de pacientes, profissionais e instituições seria importante que a psicologia, como ciência que se ocupa do comportamento humano, se envolvesse auxiliando os seguimentos de desenvolvimento dos projetos e programas de promoção e prevenção de saúde coerente com uma abordagem multidisciplinar.

Ainda como contribuição da psicologia destacou-se a temática da relação profissional, também neste trabalho expressada como vínculo ou vínculo terapêutico, como viabilizadora da mudança de comportamento nos programas de saúde, como fator que potencializa a adesão dos pacientes aos programas e tratamento. Assim durante a execução do programa desenvolvido o que foi empiricamente observado em consultório durante o andamento das sessões de orientações aos pais e reuniões dos programas de promoção de saúde bucal, o que motivou o interesse de relacionar a importância da relação terapêutica como viabilizador da adesão do programa de promoção de saúde bucal em bebês.

2. OBJETIVOS

O artigo tem como objetivo apresentar o projeto de programa em promoção de saúde bucal que teve como o objetivo primordial proporcionar orientação às gestantes e pais para aumentar as chances de o bebê apresentar uma saúde bucal equilibrada. Por outro lado, despertar o interesse pela saúde

bucal das gestantes e pais, a fim de se manter ou resgatar sua saúde bucal, além de fornecer informações a respeito da saúde e desenvolvimento do seu bebê.

Com isto, a promoção de saúde bucal seria desenvolvida com os pais e instituída precocemente nas crianças, criando hábitos e prevenindo futuras doenças bucais de todos envolvidos. Por se considerar tratamento odontológico, além de oneroso, exige tempo e tranquilidade e que o período da gravidez é o melhor momento para que as atividades preventivas sejam assumidas, pois, em situações emergenciais de tratamento, a prevenção não é priorizada, e, ainda, por saber-se que, ao nascimento do filho, os pais estão mais motivados para obter informações e realizar cuidados com a saúde (Zardetto et al., 1998).

Ainda como objetivo apresentar sob a perspectiva de vários autores, e o ângulo de diversas abordagens psicológicas a relação profissional como um preditor no êxito dos tratamentos, conforme afirmam Burns & Auerbach (2012); e, acreditando-se no fato de que está intimamente associada aos bons resultados de um tratamento psicoterápico, por equivalência e analogamente isto poderia se estender a outras áreas clínicas, como por exemplo, na odontologia.

3. MÉTODOS

O programa usou como abordagem orientações às gestantes e pais a respeito da saúde bucal e desenvolvimento do seu bebê como estratégia prioritária de acompanhamento, promoção e prevenção odontológica dos genitores. A promoção e prevenção de saúde de bucal apesar de serem reconhecidas por todos como importantes e preconizadas pela saúde pública, uma das características desta área de atuação é o de baixa adesão pelo público adulto.

O programa teve como público alvo previdenciário gestantes, dependentes de 0 a 5 anos e respectivos pais. A forma de captação dos participantes se caracterizou pela busca ativa através do curso de Gestante promovido pelo Núcleo de Assistência Integrada à Saúde (NAIS); através da inscrição na administração do NAIS; divulgação através de visitas nas repartições de PMMG E CBMMG e ainda, divulgação do programa através dos meios eletrônicos disponíveis.

Como recursos humanos necessários para o desenvolvimento do programa contou-se com um cirurgião-dentista supervisor e um técnico em saúde bucal que tem formação em psicologia. Em que o supervisor técnico amparava nas situações diagnosticas e de encaminhamento a especialidades odontológicas se fossem necessárias e o Técnico em Saúde bucal com a execução do programa em si, tais como palestras e atendimentos em promoção de saúde bucal do público alvo.

As atividades do programa envolveram palestras com o objetivo de fornecer/transmitir conhecimentos básicos a res-

peito de meios e métodos de prevenção em saúde bucal nos primeiros anos de vida aos pais/responsáveis.

A execução do programa ainda envolveu uma rotina de periodicidade: O encontro (reunião) realizado no mínimo a cada três meses, desde que atingido o número mínimo de 15 pais; com o tempo de duração de no máximo 60 minutos com características informativo-educativa da reunião, estimulada com tempo livre para debate para estimular a coparticipação do processo de construção dos cuidados com a saúde;

Ainda foram consideradas atividades complementares (agendamento, registro da criança, etc.), atentou-se para a pontualidade da equipe e dos pais como aspecto importante a ser observado para o melhor aproveitamento da atividade; ainda que, os pais que não levem a criança à primeira reunião, podendo-se abrir exceção para RN (recém-nascidos) e casos particulares que surgirem;

Para o estabelecimento do programa foi sugerido grupos pequenos, com aproximadamente 15 participantes, para melhor aproveitamento pelos pais, podendo variar dependendo da realidade e necessidades. Durante a abordagem do conteúdo educativo, procurou-se estabelecer um clima agradável e, descontraído que favoreceu a participação dos envolvidos através de perguntas, exposição de experiências pessoais ou de dúvidas mais frequentes. A metodologia utilizada variou, mas preconizou-se realizar reuniões em que a participação fosse espontânea pelos participantes ao invés de palestras estruturadas.

Outra etapa do programa foi a “Orientação individual” em que preconizou-se a relação entre o profissional técnico em odontologia sem deixar de utilizar materiais didáticos para reforço e melhor compreensão dos pontos principais (folders, cartazes, fotos, álbum seriado, etc.). O primeiro atendimento clínico ocorreu em data mais próxima possível (em 30 dias) a partir da palestra inicial. As orientações individualizadas, tiveram como referência os cadernos de saúde do SUS, foram dadas ao responsável, conforme as necessidades apresentadas pelo paciente. Reforçaram-se orientações transmitidas na reunião educativa, enfatizando sempre a vinculação entre os envolvidos e relacionando-as com a fase do desenvolvimento do bebê, conforme descrito abaixo:

- Recém-Nascido ou criança até 6 meses de vida: Aleitamento materno exclusivo, hábitos de sucção não nutritivos, erupção dentária e possíveis alterações relacionadas a este processo, introdução gradativa de higiene da cavidade bucal, etc.

- Criança com mais de 6 meses: Controle de dieta, principalmente da mamada noturna após erupção dentária, higienização bucal e controle de biofilme dental, uso de fluoretos para aumento da resistência dos dentes, hábitos deletérios, etc.

- Demonstrar como o responsável deverá higienizar a boca ou limpar/escovar os dentes. O profissional demonstra

na criança os procedimentos de limpeza, podendo solicitar ao responsável que os realize também a fim de que possíveis falhas possam ser corrigidas.

Nesta fase, estabeleceu-se a interação entre o responsável e o profissional de forma vinculativa e coparticipativa enfatizando o clima de cooperação e envolvimento. Também se destacou que a eliminação do risco e a manutenção da saúde não dependem unicamente de o fato do bebê frequentar a clínica, abordando assim a corresponsabilidade dos envolvidos. Estabeleceu-se um clima descontraído, pois este é um momento importante para que se concretize o acolhimento do usuário e também para que se crie um vínculo de confiança e corresponsabilidade entre as partes.

As orientações tiveram com premissa ser transmitidas de forma simples, identificando-se o grau de interesse do responsável. O trabalho educativo foi alicerce principal da atenção odontológica precoce e, por isso, em todos os retornos da criança, reforçou-se a necessidade de controle caseiro dos fatores de risco. Foi imprescindível ouvir e respeitar as dificuldades enfrentadas pelos pais quanto à aplicabilidade das orientações recebidas e procurou-se ensinar, nas consultas de retorno, a identificar o biofilme dental visível.

4. RESULTADOS

O presente projeto estabeleceu-se como um elo entre o NUCLEO DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA À SAÚDE DO SISTEMA IPSM-CBMMG-PMMG e o público alvo (pais e bebês), o que vai além do atendimento curativo, viabilizando trocas de saberes entre os dois lados promovendo a saúde bucal dos usuários do SISAU (SISTEMA DE SAÚDE) em conformidade com o plano diretor institucional.

Devemos também considerar o impacto positivo na redução de gastos para o sistema de saúde previdenciário do IPSM que qualquer programa de prevenção em saúde acaba proporcionando, de maneira imediata e/ou futura. Este, aliás, é um aspecto importante e está em consonância com as diretrizes da DIRETORIA DE SAÚDE e IPSM.

Foram no total 60 (sessenta) inscritos e 19 (dezenove) famílias atendidas no período de um ano entre julho de 2013 e maio de 2014 no programa aqui apresentado como “clínica do bebê”. Dos dezenove, quatro famílias se mantiveram em acompanhamento até o final período compreendido. Quando a critério administrativo resolveu-se cancelar o programa, inicialmente com a justificativa de que a responsável pela execução do programa esteve por 3 (três) meses afastada por motivo de saúde de suas atividades laborativas e férias anuais. O programa até a presente data não foi retomado a critério da chefia da odontologia deste Núcleo de assistência integrada à saúde (NAIS) e ainda porque segundo as Diretrizes vigentes

pela Diretoria de Saúde da PMMG preconiza hoje a utilização dos recursos humanos ao Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais na atividade fim dos auxiliares de saúde, devido à falta de pessoal a este fim, segundo qual a promoção de saúde não está elencada como prioridade.

Em consonância com esta perspectiva a chefia da odontologia do Núcleo de Assistência Integrada a Saúde da 4ª Gerencia Regional de Saúde, desde então, resolveu cancelar além de os todos os programas de promoção de saúde bucal do setor também cancelar as produções científicas provenientes de tal atuação. Compactuando com a perspectiva de que os auxiliares de saúde de consultório dentário têm que atuar na “atividade fim” como auxiliares dos procedimentos executados pelos cirurgiões dentistas, adequando assim à demanda direcionada pelos órgãos responsáveis a fim de atender a prioridade da administração atual e a necessidade atual do sistema previdenciário.

No tocante ao feedback dado pelos pacientes que estiveram assistidos pelo programa “clínica do bebê” em entrevistas com os quatro casais que permaneceram no período do programa, estes afirmaram que o programa os auxiliava ao cuidado não apenas com os filhos, mas também com o desenvolvimento do autocuidado, relataram preocupação com a alimentação saudável e hábitos mais saudáveis.

Por outro lado, o que mais destacaram como positivo no programa foi a abordagem acolhedora quando se sentiram participantes do processo e agentes de mudança, destacaram o acolhimento às experiências que traziam e muitas vezes entenderam que poderiam adaptar o ideal à realidade de cada um, bem como as dificuldades. O envolvimento se caracterizou de forma tão veemente que se colocaram a disposição para reivindicar a retomada do programa, relataram envolvimento pessoal, segundo esta perspectiva perceberam que a retomada do programa dependia do interesse deles como beneficiados pela assistência de promoção à saúde.

Mesmo com estas entrevistas o programa teve a avaliação prejudicada uma vez que foi interrompido ainda no período de execução, foram feitas apenas quatro entrevistas com quatro casais inscritos e tendo feito apenas em uma entrevista com cada família.

5. DISCUSSÃO

A ênfase à prevenção precoce pode ser a condição viabilizadora de capacitar as pessoas a modificar os determinantes da saúde em benefício não apenas da saúde bucal dos bebês, mas também o da saúde bucal dos cuidadores, o que acarreta em qualidade de vida de todos envolvidos. O programa assim teve como metodologia e etapas que observam a importância do conhecimento sobre a realidade do comportamento das

pessoas envolvidas no processo de educação em saúde bucal e aplicação prática na própria vida e na vida de seus filhos.

No entanto, acredita-se que uma das principais contribuições da psicologia a odontologia lida respeito ao que se processa no campo da interação. Assim, a importância da vinculação profissional-paciente que, muito mais do que uma resposta única às dificuldades vividas na relação profissional-paciente, pode ser pensada como uma das possibilidades de compreensão do que se processa nos momentos de atendimento odontológico. Com o resultado, ainda que parcial do programa, nota-se o quanto é necessário explorar o que compreendemos por vínculo no âmbito da saúde, de assistência à saúde e no desenvolvimento de programas de promoção de saúde.

Em relação aos benefícios da adesão ao tratamento, segundo a Organização Mundial de Saúde, se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. O paciente passa a ter a sua condição controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida normal e economicamente ativa. A família pode se dedicar a outras atividades e deixar de lado seu papel de cuidadora. O sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade.

Sobre a relação profissional-paciente, segundo Seger e cols. (2002), a em odontologia é ainda um campo pouco explorado. São raras as publicações em que tratam do assunto até o presente momento. Pode parecer que isso ocorra devido à falta do que falar não havendo segredos ou mistérios a serem desvendados: o paciente necessita de ajuda, o profissional é tecnicamente bem preparado, tudo corre bem. Entretanto, na prática em promoção de saúde principalmente e no caso deste trabalho, percebemos que as coisas não se processam desta forma. São comuns os casos em que profissional é muito bom tecnicamente, o paciente tem consciência de sua necessidade e mesmo assim, não há sucesso na realização do tratamento odontológico (pag. 33).

No presente trabalho obviamente o laço afetivo proposto ou vínculo é o profissional. Assim, o profissional não tem que ser amigo de seus pacientes, embora isto possa, eventualmente, ocorrer. Esta abordagem de enfoque ao vínculo é acreditar ser um aspecto viabilizador de adesão a programas de promoção e prevenção de saúde bem como ao tratamento.

Mais especificamente profissional de odontologia podendo viver as relações com seus pacientes tem a possibilidade de conhecê-los permitir a estes que possam confiar no profissional, e principalmente, verificar quais as emoções presentes que podem estar interferindo neste encontro. Para que isso ocorra, é necessário acreditar que cada encontro, mesmo quando efêmero por se tratar de um acontecimento entre dois seres

humanos, será importante por ser sempre único (SEGER e Cols., 2002, pag.33).

Na tentativa de ampliar os recursos que estes profissionais possuem para instalar, manter, extinguir ou ainda aumentar a frequência de comportamentos dos pacientes que devem ser considerados durante o tratamento, algumas técnicas de controle comportamental, tais como reforçamento, modelagem e extinção serão abordadas (BANDURA, AZZI, POLYDORO e Cols, 2008).

Assim, considerando os autores acima citados sabe-se que os pacientes se comportam, isto é, sentem, pensam, agem, reagem, em função da sua própria história de vida e esses comportamentos são influenciados pelo relacionamento profissional-paciente. Assim percebemos então, que, para a análise experimental, o comportamento é multideterminado. Existem várias razões pelas quais um indivíduo comporte-se de uma determinada forma e muitas vezes é inútil buscar uma única razão para os comportamentos.

Para Leahy et al (2008), o comportamento do profissional que está associado a objetivos de intenção, expectativa, motivação e esperança, incluem três elementos da condição terapêutica que contribuem para a qualidade e força da relação terapêutica: a ligação afetiva e a sociedade; o consenso cognitivo sobre os objetivos e as tarefas; e a relação da história dos participantes. Por exemplo, por analogia, em se tratando do transtorno de personalidade, necessita-se de uma relação terapêutica mais íntima e calorosa do que em casos de transtornos agudos. Nestes últimos, o profissional assume o papel de uma autoridade que conhece os procedimentos necessários para ajudar o paciente. Em troca, o paciente geralmente sente afeto e gratidão para com o auxiliar especializado (BECK E FREEMAN, 1998).

Essas muitas razões, são chamadas tecnicamente de variáveis que se modificam e acabam modificando os comportamentos. As variáveis que nos interessam aqui dizem respeito à história da espécie no manejo da prevenção, promoção, dor e da manutenção dentária (tais como alimentação, por exemplo), as motivações do próprio paciente em relação à busca do tratamento dentário, suas relações passadas com os profissionais da odontologia, o comportamento do próprio profissional atual em contato com o paciente e as regras que a cultura na qual o paciente e as regras que a cultura na qual o paciente está inserido propõe a respeito do tratamento entre outras. (SEGER E Cols., pag. 60)

Os métodos de controle do comportamento ditos operantes, que se propõem a controlar (ou seja, mensurar e predizer) comportamentos e se necessário modifica-los, tem existido ao longo de toda a história humana, de que algumas pessoas perceberam que podiam controlar o comportamentos dos demais por meio de recompensas e castigos (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008). Porém, na maioria das vezes esse controle é exercido

utilizando o senso-comum, com grande frequência levando a erros. Ou seja, na tentativa de estabelecer um relacionamento adequado com seus pacientes, utilizando-se do senso comum, os profissionais acabam recompensando (reforçando) ou castigando (punindo) outros comportamentos de seus pacientes que não os desejados, acarretando problemas nesse relacionamento.

Para minimizar esses aspectos acredita-se que seria importante conhecer os estudos e as definições das técnicas comportamentais, para poder-se utiliza-las com eficácia no contexto da odontologia e não somente. Como em qualquer procedimento, é necessário em primeiro lugar conhecer perfeitamente a técnica e em segundo lugar ter um objetivo definido para utiliza-la.

De acordo com Serger e cols., as técnicas de controle do comportamento devem ser utilizadas para permitir um relacionamento e tratamento tranquilo para ambos- paciente e profissional. O comportamento do paciente não deve ser manejado para atenuar problemas de relacionamento entre o profissional e o paciente e nem tampouco para tornar o paciente “o bonzinho” ou “quietinho” (2002, pag. 68).

Assim, como se pode perceber, o controle do comportamento é extremamente complexo e deve ser cuidadosamente estudado antes de ser colocado em prática. Existem várias formas de se atentar controlar o comportamento, muitas vezes com reforçadores arbitrários passando gradativamente e o controle para reforçadores naturais, algumas vezes iniciamos o controle por reforçadores negativos (por meio de punições), mas este controle não é indicado porque provoca inúmeros efeitos colaterais indesejáveis. No entanto, algumas vezes ele é temporariamente utilizado para que uma ação desejável apareça e possa ser positivamente reforçada (GAZZANINGA e HEATHERTON, 2005).

Sobre as possibilidades de sucesso ou fracasso do tratamento odontológico não estão somente vinculadas ao campo relacional, à adesão ao programa, ao conhecimento de técnicas psicológicas, à recursos humanos habilitados, à pacientes motivados. Ressalta-se imprescindível além de haver um bom preparo técnico, por parte do profissional, um ambiente favorável, mas neste trabalho ficou evidente que para a viabilidade do programa torna-se essencial também o interesse de envolvimento dos órgãos e chefias responsáveis, pelo poder discricionário de decisão, no que tange a execução ou não do programa.

6. CONCLUSÃO

Segundo a literatura estudada nota-se a importância da abordagem multidisciplinar entre psicologia e odontologia para o desenvolvimento de programas em promoção de saúde geral e no caso do presente artigo em relação à saúde bucal e a eficácia.

A estratégia de se abordar precocemente a saúde bucal do bebê como forma de sensibilizar e envolver os pais obteve um impacto positivo já que os relatos em entrevistas dos casais foram destacados o desenvolvimento com a preocupação e a ênfase com o autocuidado a partir da participação do programa.

Ainda que a abordagem co-participativa em que os participantes são tratados e abordados como agentes da mudança, desde a aplicação do programa até a avaliação do programa, foi fundamental a importância dada à interação profissional-paciente, mesmo para o sucesso do modesto resultado.

O bom relacionamento é fundamental para a terapia, pois em parte ele pode aumentar a expectativa de receber ajuda e o senso de auto-eficácia aumentado por parte dos pais participantes do programa. E o papel do profissional neste processo é fundamental. Assim, seria recomendado, a partir desta abordagem, se a maioria das pessoas no campo da saúde usasse o poder curativo da expectativa do paciente para ajudá-lo a ter sucesso na “terapia”.

Por outro lado, foi também destacado a limitação no âmbito institucional que desvela sobre o papel e importância dada à produção científica bem como a ênfase aos programas que preconizam a promoção e a prevenção em saúde bucal.

Portanto, podemos concluir, a partir dos estudos realizados para o desenvolvimento deste artigo, que entre os fatores de suma importância para um bom resultado envolvem relacionamento entre profissional e paciente e aquiescência dos órgãos, repartições e instituições envolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Ministério da Saúde. n. 17: Saúde Bucal. Brasília, DF, 2006.
- Educação em Saúde Planejando as Ações Educativas Teoria e Prática. MANUAL PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO SUS - SÃO PAULO - São Paulo - 1997
- Revisto em 2001.
- Guideline on Infant Oral Health Care. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, Revised: 2000, 2001, 2004, 2009, 2011, 2012.
- PLANO DIRETOR DE SAÚDE/2011. BELO HORIZONTE, 02 DE FEVEREIRO DE 2012. RAMOS, B. C., MAIA, L. C.
- RAMOS, Bárbara de Carvalho; Maia, Lucianne Cople. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. Rev. Odont. Univ. São Paulo, São Paulo, v. 13, n. 3, p.303-311, jul./set. 1999
- ZARDETTO, Rodrigues CRMD, Ando T. Avaliação dos conhecimentos de tópicos de saúde de gestantes de níveis sócio-culturais diferentes. Rev Pos Grad da FOU SP 1998; 5(1):69-74.
- www.ans.gov.br/portal/upload/perfil.../parametros_sugeridos.pdf. Parâmetros Técnicos para a Implementação de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.
- BANDURA, ALBERT; AZZI, Gurgel; POLYDORO, Soely. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BURNS, David D; AUERBACH, Arthur. Empatia terapêutica em terapia cognitivo-comportamental: ela realmente faz diferença?. In: Salkovskis, P. Fronteiras da terapia cognitiva. 2ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- FREEMAN, Arthur; DATTILLIO, Frank M. Compreendendo a terapia cognitiva. Tradução: Magda Lopes e Maria carnaval. Ed.:Editorial psy, 1998.
- GAZZANINGA, Michael S.; HEATHERTON, Todd F. Ciência Psicológica: mente cérebro e comportamento. Trad.: Maria Adriana Veríssimo. 2ª

- impressão revisada. Porto Alegre: Artmed, 2007. Pag. 543.
- LEAHY, R. L.; TIRCH, Denis; NAPOLITANO, Lisa A. Regulação emocional em Psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- SEGER, Liliane e cols., Psicologia & Odontologia: uma abordagem integradora. São Paulo: Editora Santos, 2002.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICOS PSQUIÁTRICOS DE MILITARES EM GOIÁS

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AND DIAGNOSTICS IN PSYCHIATRIC MILITARY GOIÁS

MARCUS NASCIMENTO BORGES¹, THIAGO CEZAR DA FONSECA², JOSÉ MARIA ARANHA FONSECA² E VINÍCIUS MARTINS DA CUNHA²

RESUMO

INTRODUÇÃO: Distúrbios de saúde mental são comuns na sociedade moderna. Na Polícia Militar do Estado de Goiás (PMGO) observa-se um contingente importante servidores com estes diagnósticos.

OBJETIVO: Analisar aspectos epidemiológicos e diagnósticos de policiais militares no Estado de Goiás.

METODOLOGIA/RESULTADOS: Estudo retrospectivo de perícias da Junta Central de Saúde PMGO (JCS), com diagnósticos psiquiátricos, no período de abril a setembro de 2014. Foram analisados 375 militares, dos quais 327 (87,2%) eram homens com idade variando entre 22 a 53 anos (média de 42,1) e 48 (12,8%) mulheres com idade entre 32 e 52 anos (média 40,8). Os diagnósticos (conforme CID-10) foram: "Reação a stress grave e transtorno de adaptação" 75 casos (20,6%); "Episódios depressivos" 66 casos (18,2%); "Transtorno afetivo bipolar" 49 casos (13,5%); "Outros transtornos ansiosos" 34 casos (9,4%); "Transtorno depressivo recorrente" 27 casos (7,4%); "Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool" 23 casos (6,3%); "Transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física" 17 casos (4,7%); "Transtornos específicos da personalidade" 17 casos (4,7%); outros 25 casos (6,7%) e em 30 casos não havia registro de CID-10 específico. Outro dado é que 91 militares (24,3%) estavam respondendo a algum processo (administrativo e/ou criminal).

CONCLUSÃO: Considerando que a corporação tinha, à época do levantamento, um total de 14660 militares da ativa, sendo 11% mulheres, pode-se considerar, nesta amostra, que o sexo não influenciou no número expressivo de distúrbios psiquiátricos e que novos estudos devem ser realizados para se estabelecer ações preventivas em saúde mental na corporação.

PALAVRAS-CHAVE: POLÍCIA. SAÚDE MENTAL. MEDICINA MILITAR

ABSTRACT

INTRODUCTION: Mental disorders are common in modern society. In Goiás State Military Police (Polícia Militar do Estado de Goiás – PMGO) is observed a great number of members with this kind of diagnoses.

OBJECTIVES: To analyse military policemen epidemiological and diagnostic aspects in Goiás.

METHODOLOGY/RESULTS: Retrospective study of Central Health Joint (CHJ)'s medical expert examination, with psychiatric diagnoses between april and september 2014. 375 military policemen were analysed, in which 327 (87,2%) were men in age from 22 to 53 years old (mean 42,1) and 48 (12,8%) were women in age from 32 to 52 (mean 40,8). The diagnoses (according to ICD-10) were: "Reaction to severe stress, and adjustment disorders" 75 cases (20,6%); "Depressive episodes" 66 cases (18,2%); "Bipolar affective disorder" 49 cases (13,5%); "Other anxiety disorders" 34 cases (9,4%); "Recurrent depressive disorder" 27 cases (7,4%); "Mental and behavioural disorders due to use of alcohol" 23 cases (6,3%); "Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease" 17 cases (4,7%); "Specific personality disorders" 17 cases (4,7%); other 25 cases (6,7%) and 30 cases didn't have the specific ICD-10 record. Another data, 91 military policemen (24,3%) were been charged in some kind of legal proceeding (administrative and/or criminal).

CONCLUSION: Considering the Corp had, at time of the study, a total of 14660 military policemen on duty, being women 11%, may be considered, in this sample, that gender didn't make any influence in the expressive number of mental disorders and new studies should be realized to establish preventive mental health actions in the Corporation.

KEYWORDS: POLICE. MENTAL HEALTH. MILITARY MEDICINE

1 - Doutor e Médico Tenente-Coronel da Polícia Militar do Estado de Goiás.

2 - Residência Médica em Psiquiatria.

1 INTRODUÇÃO

Distúrbios de saúde mental são comuns na sociedade moderna. Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento (Menezes, 1996). Santos e Siqueira (2010), em um estudo de metanálise, encontraram índices de prevalência geral de transtornos mentais na população adulta brasileira variando de 20 a 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores.

O trabalho militar reveste-se de características específicas que podem contribuir com o adoecimento, tais como a vivência de situações de risco de morte, trabalhos em turnos com elevada responsabilidade e carga-horária extensa. A prevalência de transtorno de estresse pós-traumático em veteranos do Vietnã, por exemplo, varia de 20 a 30%, cifra semelhante a outros exércitos, assim como vítimas civis de ataques e abusos (Galea et al, 2007). As pessoas vítimas de catástrofes naturais e acidentes apresentam uma prevalência bem menor de tal transtorno (Salcioglu et al, 2003).

A profissão do policial também apresenta fatores de risco para o adoecimento psíquico, e ainda faz com que o profissional, como consequência do trabalho, desenvolva comportamentos de desconfiança, o que resulta da maior atenção a atitudes suspeitas nos ambientes em que está presente e maior desconfiança nas relações sociais (Minayo, Souza & Constantino, 2007). A isso, acrescenta-se os problemas decorrentes do contato do policial com a violência e a criminalidade, o uso permanente de arma de fogo, o risco real de ser ferido ou morto, inclusive em espaços sociais, e o de sua família ser atingida como represália a algum procedimento realizado no exercício de sua função também são fontes de tensão a lhe agredir a saúde (Andrade, Souza & Minayo, 2009).

Além disso, o trabalho policial é estruturado por longas jornadas de trabalho, com intensa pressão psicológica e tensão diária. Em diversas situações, policiais podem, ainda, abusar de substâncias psicoativas como válvula de escape para a dor emocional provocada pelas condições de trabalho ruins e baixa qualidade de vida.

2 OBJETIVO

Analisar aspectos epidemiológicos e diagnósticos de pacientes atendidos pela Junta Central de Saúde da Polícia Militar do Estado de Goiás (JCS).

3 METODOLOGIA

Estudo retrospectivo de perícias da Junta Central de Saúde PMGO (JCS), com diagnósticos psiquiátricos, no período de abril a setembro de 2014. Realizou-se análise dos prontuários

de 375 policiais militares atendidos pela JCS, com levantamento dos dados sócio-demográficos, dos diagnósticos emitidos pelos peritos e se os periciandos relataram ou não estar envolvidos em algum procedimento administrativo. Considerou-se procedimento administrativo sindicâncias, conselhos de disciplina ou de justificação.

4 RESULTADOS

Foram analisados 375 militares, dos quais 327 (87,2%) eram homens com idade variando entre 22 a 53 anos (média de 42,1 anos) e 48 (12,8%) mulheres com idade entre 32 e 52 anos (média de 40,8 anos).

Tabela 1 – Distribuição dos Policiais Militares Atendidos pela JCS no Período de Abril a Setembro de 2014 Pelo Sexo.

Sexo	N	Pocentagem
<i>Masculino</i>	327	87,2%
<i>Feminino</i>	48	12,8%
<i>Total</i>	375	100,0%

Os diagnósticos realizados pelos peritos da JCS, conforme a Classificação Internacional Diagnóstica (CID-10), foram, em ordem decrescente de frequência: “Reação a stress grave e transtorno de adaptação” em 75 casos (20,6%); Episódios depressivos em 66 casos (18,2%); Transtorno afetivo bipolar, responsável por 49 diagnósticos (13,5%); Outros transtornos ansiosos, diagnosticados em 34 militares (9,4%); transtorno depressivo recorrente em 27 casos (7,4%); Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool, com 23 casos (6,3%); Transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física, com 17 casos (4,7%); Transtornos específicos da personalidade em 17 casos (4,7%); outros diagnósticos em 25 casos (6,7 %); e em 42 casos não havia registro de CID-10 específico.

Quando dividimos os diagnósticos realizados nas perícias de acordo com os grupos transtornos mentais da CID-10, temos a distribuição da tabela abaixo:

Tabela 2 – Frequência dos Diagnósticos Psiquiátricos Realizados Pela JCS no Período de Abril a Setembro de 2014.

Grupo Diagnóstico	N	Pocentagem
<i>Transtornos de Humor (CID-10 F30 a F39)</i>	142	37,89%
<i>Transtornos do Ansiedade (CID-10 F40 a F49)</i>	109	29,07%
<i>Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool e Outras Drogas (CID-10 F10 a F19)</i>	23	6,13%
<i>Transtornos Mentais Devidos a Lesão e Disfunção Cerebral e a Doença Física (CID-10 F06)</i>	17	4,53%

<i>Transtornos Específicos da Personalidade (CID-10 F60)</i>	17	4,53%
<i>Outros</i>	25	6,67%
<i>Sem diagnóstico</i>	42	11,2%
<i>Total</i>	375	100,00%

Os Transtornos de Humor foram os mais frequentes entre os policiais militares atendidos pela JCS no período avaliado, seguido pelos Transtornos de Ansiedade. A ocorrência de diagnósticos relacionados ao consumo de álcool e drogas foi de apenas 6,13% dos militares atendidos.

Outro dado encontrado foi que 91 policiais militares (24,3%) estavam respondendo a algum tipo de processo administrativo.

5 CONCLUSÃO

Considerando que a Polícia Militar do Estado de Goiás tinha, à época do levantamento, um total de 14.660 militares da ativa, sendo 11% mulheres, pode-se considerar, nesta amostra, que o sexo não influenciou no número expressivo de distúrbios psiquiátricos e que novos estudos devem ser realizados para se estabelecer ações preventivas em saúde mental na corporação.

6 REFERÊNCIAS

- MENEZES PR. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, organizadores. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 43-55.
- SANTOS EG, SIQUEIRA MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatria. 2010. v. 59 (3), p. 238-246.
- GALEA S, AHERN J, RESNICK H, KILPATRIK D, BUCUVALAS M, GOLD J, VLAHOV D. Psychological sequel of the September 11 terrorist attacks in New York City. N Eng J Med. 2002. V. 346(13), p. 982-987.
- SALCIOGLU E, BASOGLU M, LIVANOU M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. J Nerv Ment Dis. 2003. N. 191. V.3, p. 154-60.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R., & CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. 2007. Cadernos de Saúde Pública, n. 23. v. 11, p. 2767-2779.
- ANDRADE, E.R., SOUZA, E. R., & MINAYO, M. C. S. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. 2009. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), 275-285.
- ZAHRADNICK M, STEWART SH. Anxiety disorders and substance use disorder comorbidity. In: Antony MM, Stein B, editors. Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders. New York: Oxford University Press; 2009. p. 565-575.
- Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

AVALIAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR, GLICEMIA DE JEJUM E A1C EM PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL DO POLICIAL MILITAR EM GOIÂNIA, GOIÁS

ASSESSMENT OF: GLOMERULAR FILTRATION, FASTING GLUCOSE AND A1C IN PATIENTS SEEN AT THE HOSPITAL OF THE MILITARY POLICE IN GOIÂNIA, GOIÁS

JOSÉ NETO¹, RODRIGO FIGUEIREDO¹, PAULA OLIVEIRA², KARLLA PENNA³ E SÉRGIO NASCENTE-COSTA⁴

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar se há uma associação entre a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), Glicemia Plasmática de Jejum (GPJ) e Hemoglobina Glicada A1c (A1c), utilizadas no diagnóstico e monitoramento do diabetes e insuficiência renal em pacientes atendidos no Hospital do Policial Militar, localizado em Goiânia-GO.

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal realizado entre janeiro de 2013 a julho 2014. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GOIÁS, parecer de nº 235.376. Foram analisadas a GPJ, A1C e a creatinina para posterior estimativa da TFG. As dosagens foram realizadas em equipamento automatizado A15 da BioSystems® utilizando kits também da mesma marca. Para o cálculo da TFG foi utilizado a fórmula de Cockcroft e Gault. A análise dos dados foi realizada no software BioEstat versão 5.3.

RESULTADOS: Foram analisados 1.662 indivíduos, com idades que variam entre 10 e 89 anos, sendo 812 do sexo masculino e 850 do sexo feminino. Considerando os resultados de GPJ ≥ 126 e A1c $\geq 6,5$, foi demonstrado diabetes mellitus em 24,13% (401/1662) dos pacientes do sexo masculino e 15,88% (264/1662) do sexo feminino. Quanto a TFG, 1,98% (33/1662) dos indivíduos analisados apresentaram resultados menores que 30 mL/min.

CONCLUSÃO: Observou-se que os pacientes com diminuição da TFG apresentaram médias de GPJ e A1c aumentadas. Maiores alterações laboratoriais foram encontrados em pacientes com maior idade, reforçando a ideia do planejamento de ações de atenção e prevenção de doenças, visto que o envelhecimento da população tende a crescer.

PALAVRAS-CHAVE: TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, GLICEMIA, HEMOGLOBINA GLICADA A1C, INSUFICIÊNCIA RENAL, DIABETES MELLITUS.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To evaluate whether there is an association between the Glomerular Filtration Rate (GFR), blood glucose Plasma Fasting (FPG) and Hemoglobin Glycated A1c (A1c), used in the diagnosis and monitoring of diabetes and renal failure in patients treated at the Military Police Hospital located in Goiânia, GO.

MATERIALS AND METHODS: This was a cross-sectional study conducted between August 2013 and July 2014. The study was approved by the Research Ethics Committee of PUC-Goiás, Opinion No. 235 376. They were analyzed FPG, HbA1c and creatinine to estimate GFR later. The measurements were performed in automated equipment A15 of BioSystems® using kits also the same brand. To calculate the GFR was used the Cockcroft and Gault. Data analysis was carried out in BioEstat software version 5.3.

RESULTS: 1,662 individuals were analyzed, with ages ranging between 10 and 89 years sendo 812 male and 850 female. Considering the results of FPG ≥ 126 and HbA1c ≥ 6.5 , was demonstrated diabetes mellitus in 24.13% (401/1662) of patients were male and 15.88% (264/1662) were female. The GFR, 1.98% (33/1662) of the individuals analyzed presented results lower than 30 mL / min.

1 - Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Assistência e Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Goiás- UFG.

2 - Graduada em Biomedicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC GOIÁS.

3 - Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal de Goiás.

4 - Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás - Tenente-Coronel da Polícia Militar do Estado de Goiás.

CONCLUSION: It was observed that patients with decreased GFR showed average increased FPG and A1C. Higher laboratory abnormalities were found in patients with advanced age, reinforcing the idea of planning care actions and disease prevention, as the aging population tends to grow.

KEYWORDS: GLOMERULAR FILTRATION RATE, BLOOD GLUCOSE, GLYCATED HEMOGLOBIN A1C, RENAL FAILURE, DIABETES MELLITUS.

INTRODUÇÃO

A Nefropatia Diabética (ND) é uma complicação grave ocasionada por alterações renais microvasculares decorrentes do agravamento do diabetes mellitus (DM) e que corresponde ao padrão etiológico de 22,3% dos casos de Doença Renal Crônica (DRC) no Brasil. Além de ser uma das principais causas de diálise renal, o aumento da mortalidade dos pacientes portadores de DRC está relacionado em aproximadamente 100 vezes nos diabéticos do tipo I e em 5 vezes nos diabéticos do tipo II^{1,2}. No Brasil, as incidências de casos que envolvem perda de função renal aumentam constantemente e o prognóstico ainda é deficitário, ressaltando também que os custos com o tratamento da doença são elevadíssimos e ficam em torno de 120.000 para cada paciente dialítico³.

O comprometimento renal se inicia com alterações hemodinâmicas de hiperperusão, hipertensão e hiperfiltração glomerular, tendo como consequência o extravasamento glomerular de macromoléculas, principalmente a albumina, ocasionando algumas alterações glomerulares como: hipertrofia espessamento da membrana basal, lesão podocitária, expansão mesangial e glomerulosclerose². Os diabéticos, por sua vez, apresentam elevado risco de desenvolver DRC e doença cardiovascular e devem ser monitorados constantemente quanto a ocorrência de lesão renal. Entretanto, existem também outros fatores de risco associados à ND, sendo classificados como genéticos (polimorfismos que favorecem o aparecimento da síndrome metabólica, sexo masculino, raças não caucasianas) e não genéticos (hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica, hiperfiltração glomerular, fumo, dislipidemia, níveis de excreção urinária de albumina, ingestão proteica, presença de retinopatia diabética e presença de neuropatia autonômica)³.

Em um estudo realizado no Hospital Militar de Rabat, em Marrocos, o DM continua a ser a causa mais comum de insuficiência renal em seu estágio terminal por conta de sua cronicidade e sistematização de seu monitoramento. A falta de controle na ND acentua o grau da morbidade da doença podendo configurar o início do tratamento baseado na hemodiálise, alterando a sobrevivência do acesso vascular⁴. Assim, é importante manter uma função renal saudável para uma correta manutenção da homeostase fisiológica sendo possível sua monitorização a partir da obtenção da taxa de filtração glomerular (TFG), sendo frequentemente utilizada pelos clínicos na avaliação da função renal⁵. Os rins são responsáveis por

eliminar as substâncias tóxicas do sangue e o filtrado glomerular é expresso como o volume de sangue que é completamente depurado em uma unidade de tempo, apresentando taxas diminuídas em nefropatias agudas e crônicas⁶.

Dentre as fórmulas disponíveis que possibilitam a estimativa da TFG, podemos citar as de Cockcroft-Gault e as derivadas do estudo "Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)". No entanto, utilizamos a fórmula de Cockcroft-Gault por conta de sua baixa complexidade e por necessitar apenas da creatinina sérica, peso e sexo do paciente, ao contrário da equação MDRD que utiliza outras variáveis como ureia sérica, albumina, idade, gênero e raça. A fórmula de Cockcroft-Gault é dada a seguir: $[140 - \text{idade (anos)} \times \text{peso (kg)}] / 72 \times \text{creatinina sérica (mg/dL)} \times [0,85 \text{ se a paciente for do sexo feminino}]$ ⁶.

Como uma das principais causas de alteração da função renal, o DM compreende um conjunto de desordens metabólicas e tem como principal característica a hiperglicemia, que provém de alterações no mecanismo de ação e/ou produção total ou parcial do hormônio insulina. É uma doença crônica que exige monitoramento, conscientização e autogestão. A negligência e a perda do controle glicêmico dos pacientes diabéticos podem gerar danos agudos ou em longo prazo^{7,8}.

Resultados iguais ou maiores que 126 mg/dL na glicemia plasmática de jejum (GPJ); ou, maiores ou iguais a 200 mg/dL, no teste oral de tolerância a glicose (TOTG) após sobrecarga de 75g de glicose; ou ainda a associação de sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações na visão, cetoacidose e síndrome hiperosmolar) ou crise hiperglicêmica em paciente com GPJ aleatória superiores a 200 mg/dL, caracterizam a presença de DM. Para a dosagem de hemoglobina A1C (A1C), valores iguais ou superiores a 6,5%, correspondem ao diagnóstico de DM^{8,9}.

Apesar da GPJ ainda ser bastante utilizada, a A1C se correlaciona tanto com a concentração média de glicose, no período de 8 a 12 semanas, quanto com os riscos das complicações do DM (pé diabético, doença vascular, retinopatia, neuropatia, nefropatia e até falência dos órgãos), tornando-se um método bastante sensível e eficaz no diagnóstico e acompanhamento de diabéticos^{7,10,11}.

A adoção destes critérios permite a avaliação dos níveis glicêmicos dos indivíduos bem como a subestimação de seus hábitos alimentares, possibilitando uma verificação do estado metabólico, que associado a outros exames como a proteinúria,

possibilita a identificação de possíveis danos renais causados pelo DM, auxiliando consequentemente no diagnóstico e no monitoramento da ND2.

Considerando a importância do tema, o objetivo desse estudo foi avaliar se há uma associação entre as diferentes metodologias, como a TFG, GPJ e A1C, utilizadas no diagnóstico e monitorização de DM e insuficiência renal em pacientes de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias atendidos no Laboratório Clínico do Hospital do Policial Militar.

MATERIAL E MÉTODOS

Um estudo transversal foi realizado com dados dos exames laboratoriais de indivíduos atendidos no Laboratório Clínico do Hospital do Policial Militar (HPM), entre os meses de janeiro de 2013 a julho 2014.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC GOIÁS, por meio do parecer de nº 235.376.

Os exames realizados foram A1C, GPJ e creatinina sérica, obtidos por meio de punção venosa de sangue total com anticoagulante EDTA e fluoreto. As dosagens de A1C foram realizadas pelo método de turbidimetria utilizando kits da marca BioSystems®, e quantificadas em equipamento A15, também da mesma marca. Para análise da GPJ, as amostras foram colhidas em tubo contendo EDTA fluoretado como anticoagulante e analisados por metodologia enzimática (oxidase/peroxidase), em equipamento automatizado A15 da marca BioSystems®. A TFG foi estimada a partir da dosagem de creatinina sérica, que utilizou kits e equipamento da marca BioSystems, adotando a equação de Cockcroft e Gault (1976)¹³.

A análise dos resultados e dos dados obtidos foram realizados e tabulados por meio do software BioEstat versão 5.3.

RESULTADOS

A população do presente estudo foi composta por 1.662 pacientes com idades que variam entre 10 e 89 anos, analisados entre os meses de janeiro de 2013 a julho 2014 e foram distribuídos de acordo com faixas etárias e sexo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição quantitativa dos pacientes atendidos no Laboratório Clínico do HPM de Goiás no período de janeiro de 2013 a julho 2014 (N=1.662).

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
0 – 19	9	0,54	12	0,72	21	1,26
20 – 40	42	2,53	120	7,22	162	9,75
41 – 60	503	30,26	346	20,82	849	51,08
>60	258	15,52	372	22,38	630	37,91
TOTAL	812	48,86	850	51,14	1662	100,00

Os resultados referentes à GPJ, A1C e TFG foram divididos segundo a faixa etária e sexo e estão demonstrados na Tabela 2. Ressalta-se que não foi possível obter a TFG de 39 indivíduos, sendo que 15 são do sexo masculino (9 da faixa etária de 41 a 60 anos e 6 com mais de 60 anos) e 24 do sexo feminino (12 da faixa etária de 41 a 60 anos e 12 com mais de 60 anos). As médias (χ) e os desvios padrões (DP) são apresentados na Tabela 3.

Tabela 2. Resultados de GPJ, A1C e TFG distribuídos por faixa etária e sexo de pacientes atendidos no Laboratório Clínico do HPM de Goiás, no período de janeiro de 2013 a julho 2014 (N=1.662).

TESTE	VR	0 a 19 anos		20 a 40 anos		41 a 60 anos		> 60 anos		TOTAL
		M	F	M	F	M	F	M	F	
GPJ (mg/dL)	< 100	3	9	27	96	129	188	33	90	575
	100 - 125	0	3	6	15	102	77	69	93	365
	≥ 126	6	0	9	9	272	81	156	189	722
A1C (%)	< 5,7	3	6	12	87	66	97	30	45	346
	5,7 - 6,4	0	0	18	21	117	123	60	78	417
	≥ 6,5	6	6	12	12	320	126	168	249	899
TFG (mL/min)	< 60	0	0	0	0	24	6	111	153	294
	≥ 60	9	12	42	120	470	328	141	207	1329

GPJ: glicemia plasmática de jejum; A1C: hemoglobina glicada; TFG: taxa de filtração glomerular; VR: valor de referência; M: masculino; F: feminino.

Tabela 3. Média e desvio padrão dos resultados de GPJ, A1C e TFG distribuídos por faixa etária e sexo de pacientes atendidos no Laboratório Clínico do HPM de Goiás, no período de janeiro de 2013 a julho 2014 (N=1.662).

FAIXA ETÁRIA	SEXO	GPJ	A1C	TFG
		$\chi \pm DP$	$\chi \pm DP$	$\chi \pm DP$
0 – 19	Masculino	149,00 ± 45,53	7,97 ± 2,23	60,00 ± 0,00
	Feminino	85,25 ± 11,11	5,58 ± 0,52	60,00 ± 0,00
20 – 40	Masculino	106,86 ± 36,77	6,66 ± 2,16	60,00 ± 0,00
	Feminino	102,63 ± 53,46	5,67 ± 1,23	60,00 ± 0,00
41 – 60	Masculino	157,78 ± 74,19	7,96 ± 2,46	58,66 ± 7,04
	Feminino	121,75 ± 60,73	6,79 ± 2,05	59,75 ± 2,09
> 60	Masculino	152,97 ± 57,34	8,05 ± 2,21	53,73 ± 9,79
	Feminino	141,58 ± 56,28	7,49 ± 1,83	55,97 ± 6,09

GPJ: glicemia plasmática de jejum; A1C: hemoglobina glicada; TFG: taxa de filtração glomerular; χ : média; DP: desvio padrão.

A distribuição dos níveis de TFG em relação às médias e desvios padrão (DP) da GPJ e A1C por faixa etária estão apresentados na Tabela 4.

DISCUSSÃO

Atualmente, vários estudos abordam o acometimento renal em portadores de DM^{1,2,3,14}. No presente estudo, foram avaliados três exames: GPJ, A1C e TFG, que são solicitados frequentemente pela comunidade clínica tanto no diagnóstico quanto na avaliação e monitorização dos pacientes acometidos por algum tipo de insuficiência renal. A partir desse contexto, se torna cada vez mais necessário a adoção de testes sensíveis para uma detecção precoce e posterior implementação de um tratamento eficaz, evitando assim complicações decorrentes do DM e da ND.

Tabela 4. Níveis de TFG em relação à média geral e desvio padrão da GPJ e A1C em diferentes faixas etárias de pacientes atendidos no Laboratório Clínico do HPM de Goiás, no período de janeiro de 2013 a julho 2014 (N=1662).

TFG (mL/min)	FAIXA ETÁRIA (anos)	N (%)	GPJ	A1C
			$\chi \pm DP$	$\chi \pm DP$
< 30	0 – 19	-	-	-
	20 – 40	-	-	-
	41 – 60	15	148,40 ± 66,31	6,92 ± 0,92
	> 60	18	107,33 ± 16,06	6,88 ± 1,33
30 - 59	0 – 19	-	-	-
	20 – 40	-	-	-
	41 – 60	15	153,60 ± 58,67	7,52 ± 1,90
	> 60	246	145,28 ± 58,18	7,96 ± 2,15
≥ 60	0 – 19	21	112,57 ± 44,07	6,60 ± 1,90
	20 – 40	162	103,72 ± 49,60	5,93 ± 1,58
	41 – 60	798	143,29 ± 71,03	7,52 ± 2,41
	> 60	348	148,35 ± 57,09	7,60 ± 1,95
Não relatado	0 – 19	-	-	-
	20 – 40	-	-	-
	41 – 60	21	124,29 ± 89,80	6,63 ± 1,95
	> 60	18	157,50 ± 50,79	7,42 ± 1,28

GPJ: glicemia plasmática de jejum; A1C: hemoglobina glicada; TFG: taxa de filtração glomerular; χ : média; DP: desvio padrão.

Vale destacar que as metodologias utilizadas no mercado para detecção de algum tipo de insuficiência renal só se alteram quando ocorre a diminuição de cerca de 50% da função normal dos rins, representado por valores de TFG abaixo de 60 mL/min, fazendo com que o indivíduo aumente as chances de desenvolver complicações decorrentes da DRC³. Com isso, ao longo dos anos, foi possível estabelecer associações dos testes disponíveis, ampliando a capacidade de monitorar este grupo de doenças crônicas não transmissíveis, que possuem crescente prevalência em todo o mundo. O DM, por exemplo, não é a principal causa do desenvolvimento de nefropatia, porém grande parte da população afetada relata que adquiriram tal doença a partir do aparecimento do diabetes. Só no Brasil, o DM representa a segunda maior causa de DRC em seu estágio terminal¹⁵.

Entre os pacientes do sexo masculino houve elevada prevalência de DM, em relação ao sexo feminino, considerando os resultados de GPJ e A1C, correspondendo a 24,13% (401/1662) e 15,88% (264/1662), respectivamente. Os dados apresentados na Tabela 4 também mostram maiores médias de GPJ e A1C no sexo masculino de acordo com a faixa etária, variando de 106,86 (DP ± 36,77) no grupo de 20 a 40 anos e 157,78 (DP ± 74,19) nos pacientes de 41 a 60 anos. No entanto, foi possível observar menores valores de TFG em mulheres (159/294) do que em homens (135/294). Além disso, não houve nenhum caso com TFG menor que 30mL/min em homens e mulheres de até 40 anos, contrariando os resultados obtidos nos estudos de Ribeiro e cols (2008)¹⁶.

Neste trabalho foi possível observar maiores alterações nos exames clínico-laboratoriais dos indivíduos que possuem

maior faixa etária. Esse fato é compatível com o processo de envelhecimento normal do indivíduo e que o torna vulnerável a uma série de mudanças fisiológicas e psicológicas que afetam sua qualidade de vida¹⁴. Dos 1662 pacientes observados, 812 eram do sexo masculino e 850 do sexo feminino, sendo que a maioria se encontra na faixa etária que compreendem idades superiores a 41 anos de idade, representando 88,99% (1479/1662) da população.

Índices de DRC foram encontrados em 1,98% (33/1662) da população estudada, apresentando TFG menor que 30 mL/min, GPJ e A1C alterados em quase todos os casos. No entanto, não foi possível obter informações a respeito do histórico de tratamento, bem como informações pertinentes a diálise renal. Ressalta-se ainda que não foi possível obter a TFG de 39 indivíduos, sendo que 15 são do sexo masculino (9 da faixa etária de 41 a 60 anos e 6 com mais de 60 anos) e 24 do sexo feminino (12 da faixa etária de 41 a 60 anos e 12 com mais de 60 anos) estando estes indivíduos também relacionados com altos valores de GPJ e A1C, apresentando respectivamente, médias correspondentes a 124,29 (DP ± 89,80) e 6,63 (DP ± 1,95) para a faixa etária de 41 a 60 anos, e 157,50 (DP ± 50,79) e 7,42 (DP ± 1,28) para os pacientes maiores de 60 anos.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados do presente estudo foi observado que os pacientes com a diminuição da TFG apresentaram também as médias de GPJ e A1C aumentadas, indicando uma possível associação com as complicações do DM. Tais resultados indicam que associação de TFG, GPJ e A1C, podem contribuir para melhor acompanhamento e prevenção das desordens renais, como a nefropatia diabética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FERRAZ, R. R. N.; SILVA, M. C. M.; SILVA, S. C.; NIGRO, C. A.; FORNARI, J. V.; BARNABÉ, A. S. Avaliação do conhecimento dos portadores de Diabetes mellitus sobre a importância da manutenção dos níveis glicêmicos para prevenção da nefropatia diabética. *Rev. Saúde e Biol.*, v. 8, n. 3, p. 49-55, 2013.
- JÚNIOR, J. M. V.; SUASSUNA, J. H. R. O acometimento renal na hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2: como identificar e prevenir – A visão do nefrologista. *Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto*, v. 12 (sup. 1), n. 3, p. 53-60, 2013.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *RevAssocMedBras*, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.
- EL FAROUKI, M. R.; Bahadi, A.; Hamzi, M. A.; Kabbaj, D.; Benyahia, M. Profildesinsuffisantsréniauxchroniquesdiabétiques à l’initiation de l’hémodialyseauservice de néphrologie et dialyse de l’hôpitalmilitaire de Rabat, Maroc. *Pan African Medical Journal*, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2014.
- DALTON, R. N. Creatinina sérica e taxa de filtração glomerular: percepção e realidade. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v. 47, n. 1, p. 8-11, 2011.
- SODRÉ, F. L.; COSTA, J. C. B.; LIMA, J. C. C. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v. 43, n. 5, p. 329-337, 2007.

7. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes -2015. Diabetes care. v.38, p.S1-S94, 2015.
8. FONSECA, V. A. New Developments in Diabetes Management: Medications of the 21st Century. Clinical Therapeutics, v. 36, n. 04, p. 477-484, 2014.
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Posicionamento Oficial SBD nº 01/2014. Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2014. Disponível em <<http://www.imepen.com/wp-content/uploads/2012/04/Algoritmo-Tratamento-DM-2-SBD-2014.pdf>>. Acesso em 09/02/2016.
10. CAVAGNOLLI, G.; GROSS, J. L.; CAMARGO, J. L.. HbA1C, Glicemia de Jejum e Teste Oral de Tolerância à Glicose no Diagnóstico de Diabetes: Que Teste Usar?. Rev. HCPA, v. 30, n. 4, p. 315-320, 2010.
11. GROSS, L. J.; SILVEIRO, S. P.; CAMARGO, J. L.; REICHEL, A. J.; AZEVEDO, M. J. Diabetes melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq Bras Endocrinol Metab, v. 46, n. 1, p. 16-26, 2002.
12. SOUZA, C. F.; GROSS, J. L.; GERCHMAN, F.; LEITÃO, C. B. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. v. 56, n. 5, p. 275-284, 2012.
13. COCKCROFT, D. W.; GAULT, M. H. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron, v. 16, n. 1, p. 31-41, 1976.
14. ALVES, E. C. S.; SOUZA, L. P. S.; ALVES, W. S.; OLIVEIRA, M. K. S.; YOSHITOME, A. Y.; GAMBA, M. A.; Condições de saúde e funcionalidade de idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde. Enfermaria Global, v. 34, p. 19-36, 2014.
15. SIVIERO, P.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013.
16. RIBEIRO, R. C. H. M.; OLIVEIRA, G. A. S. A.; RIBEIRO, D. F.; BERTOLIN, D. C.; CESARINO, C. B.; LIMA, L. C. E. Q.; OLIVEIRA, S. M. D. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. Acta Paul Enferm, v.21, p. 207-211, 2008.

USO DE PSICOTRÓPICOS EM POLICIAIS MILITARES

PSYCHOTROPIC USE IN MILITARY POLICE

FERNANDA ROCHA COUTO LAUREANO¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL² E PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA³

RESUMO

As situações da vida moderna, os estudos, o trabalho e as atividades tendem a gerar ansiedade, o que pode advir também de situações conflitantes que ocasionem desgaste, talvez nunca experimentado anteriormente. Estas condições podem acarretar esgotamento físico e mental no indivíduo, facilitando o desencadeamento de processos patológicos o que leva ao consumo de psicotrópicos. Sabe-se que a vida de um policial militar implica em desgastes tanto físicos quanto psicológicos relacionados aos riscos iminentes do exercício de suas atividades, pois trata-se de uma profissão que envolve uma série de riscos. A problemática do uso e abuso de drogas entre militares leva em conta, principalmente, os problemas de disciplina e as perturbações graves verificadas entre eles após o uso destas substâncias, causando não apenas problemas em serviço, mas também colocando em risco sua própria saúde e segurança, bem como de seus familiares. O objetivo deste estudo é fazer um levantamento sobre o uso de medicamentos psicotrópicos por policial militar, através de uma revisão da bibliográfica, construída a partir de pesquisas nas bases de dados PubMed/Medline e SciELO entre 1990 e 2015.

PALAVRAS-CHAVE: POLICIAIS MILITARES. PSICOTRÓPICOS. DROGAS DE ABUSO. BRASIL.

ABSTRACT

The situations of modern life, studies, work and activities tend to generate anxiety, which can also arise from conflicting situations which result wear, perhaps never experienced before. These conditions may result in physical and mental exhaustion in individuals, facilitating the onset of pathological processes leading to the consumption of psychotropic substances. It is known that the life of a police officer entails wear both physical and psychological related to the imminent risk of execution of its activities, because it is a profession that involves a lot of risks. The problem of drug use and abuse among military takes into account mainly of discipline problems and serious disturbances in between them after the use of these substances, causing not only problems in service, but also endangering their own health and safety as well as their families. The aim of this study is to survey on the use of psychotropic drugs by military police, through a review of literature, built from research in the databases PubMed / Medline and SciELO between 1990 and 2015.

KEYWORDS: MILITARY POLICE. PSYCHOTROPICS. DRUGS OF ABUSE. BRAZIL.

1. INTRODUÇÃO

A profissão de policial militar é pesada e implica em desgastes físicos, psicológicos que são relacionados a riscos referentes ao exercício de suas atividades (COSTA et al., 2010; BRAY; HOURANI, 2007; MAIA et al., 2007; VIANNA, 2001).

Trata-se de uma profissão que envolve uma série de riscos, tais como lesões corporais, estresse, invalidez permanente e até mesmo morte durante o exercício de sua profissão.

Porém a natureza humana não está preparada para tantas adversidades e os policiais acabam sujeitos a altos níveis de estresse e a sentimentos conflitantes por parte do policial, em se considerando que este deve, para manter a ordem e atender às suas obrigações, ter equilíbrio emocional para conseguir lidar de forma racional e acessível com a população

demandante, e ao mesmo tempo usar a força física em situações de conflito, a fim de preservar a segurança do público em geral e sua própria integridade física (MAIA et al., 2007; AMADOR, 1999; GOMES et al, 2003; PATROCINIO; SOUZA, 2004).

No Brasil houve um consumo anual de 500 milhões psicotrópicos diferentes, conforme estatística da Organização Mundial de Saúde (OMS). Desses, 70% eram medicamentos para diminuir a ansiedade (OMS, 2009; FORSAN, 2010).

As situações da vida moderna, os estudos, o trabalho e as atividades tendem a gerar ansiedade, o que pode advir também de situações conflitantes que ocasionem desgaste, talvez nunca experimentado anteriormente. Estas condições podem acarretar esgotamento físico e mental no indivíduo, facilitando

1 - Farmacêutica, Mestre em Ciências da Saúde/UFG.

2 - Médico ginecologista-obstetra/ Phd – Tenente Coronel da Polícia Militar do Estado de Goiás.

3 - Analista de Sistema, especialista em Docência Universitária.

o desencadeamento de processos patológicos (FORSAN, 2010; ALBIERO et al., 2005; REISS JR. et al., 1993).

O objetivo deste estudo é através de um levantamento bibliográfico fazer um levantamento sobre o uso de medicamentos psicotrópicos por policial militar.

2. USO DE PSICOTRÓPICOS EM POLICIAIS MILITARES

2.1 CONCEITO DE POLICIAL MILITAR

A polícia militar de Goiás foi constituída em 28 de julho de 1858, com a missão de promover a segurança pública dos cidadãos de Goiás, com o dever de dedicação integral ao serviço policial-militar e à fidelidade à instituição a que pertence mesmo com o sacrifício a própria vida, com base nos princípios da hierarquia e disciplina. A hierarquia é a classificação de autoridade em níveis diferentes, dentro da estrutura da polícia militar. A ordenação se faz pelas graduações, se as graduações forem iguais, segue-se pela antiguidade. O quadro hierárquico da polícia militar se divide em oficiais e praças:

Oficiais: Coronel, Tenente – Coronel, Major, Capitão, 1º Tenente e 2º Tenente.

Praças: Sub - Tenente, 1º Sargento, 2º Sargento, 3º Sargento, Cabo e Soldado.

A disciplina é a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam o organismo policial militar e coordena seu funcionamento regular e harmônico (PMGO, 1975; PMGO, 2006).

As principais responsabilidades do policial militar é possuir zelo pelo nome da instituição, cumprir e fazer com que as leis sejam cumpridas, as ordens, instruções e os regulamentos, sendo um profissional íntegro, leal e eficaz na hora de cumprir as funções que dizem respeito ao seu cargo, zelar pela disciplina e hierarquia e ainda ser cuidadoso com os armamentos e equipamentos pertencentes à corporação (PMGO, 2014; PMGO 2006). Quando for preciso, cabe a este profissional ainda apoiar as ações da defesa civil, auxiliando em missões constitucionais o exército brasileiro e a segurança pessoal de dignitários.

2.2 MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL

O controle de substâncias entorpecentes tem sido uma preocupação mundial desde o início do século XX, quando ocorreu a primeira conferência internacional sobre o assunto em Xangai, em 1909. O sistema de controle internacional vem se estabelecendo de forma gradual e contínua desde 1920, sob a responsabilidade da Liga das Nações e, a partir de 1946, pela Organização das Nações Unidas (SOUZA, 2001; ANVISA, 2011).

O Brasil é signatário da Convenção Única sobre Entorpecentes desde 1967, da Convenção de Substâncias Psicotrópicas desde 1971 e da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas desde 1988. Portanto, adota todas as medidas necessárias, com a ajuda de órgãos competentes, para o efetivo controle das atividades desenvolvidas internamente com substâncias entorpecentes, psicotrópicas e precursoras, bem como os medicamentos que as contenham (BRASIL, 1976 a, b; ANVISA, 2011).

As ações de controle e fiscalização do uso lícito no Brasil de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, incluídos os entorpecentes, psicotrópicos e precursores, historicamente, foram atribuídas exclusivamente ao Ministério da Saúde – artigo 6º da Lei n.º 6.368, de 21 de Outubro de 1976 – e, depois, por força da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, desenvolvidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), visando, sobretudo, coibir seu uso abusivo e indevido, protegendo e promovendo a saúde e o bem estar da população (BRASIL, 1976 a, b; ANVISA, 2011).

A ANVISA segue um modelo de controle baseado na publicação de Regulamentos conforme a Portaria 344/98, Portaria 6/99 e o Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) em 24 de novembro de 2009 foi criada a Resolução – RDC N°59 com a finalidade de promover o uso racional de medicamentos que podem gerar dependência física e/ou psíquica e manter a rastreabilidade por meio de transmissão eletrônica (ANVISA, 1998; ANVISA, 2011; ANVISA, 2009 a, b; BRASIL, 1976 a,b).

Este sistema foi implantado nas drogarias e farmácias comerciais do país para monitorar a dispensação de medicamentos, substâncias entorpecentes, psicotrópicos e seus precursores; aperfeiçoar o processo de escrituração; permitir o monitoramento de hábitos de prescrição e consumo de substâncias controladas em determinada região para propor políticas de controle; captar dados que permitam a geração de informação atualizada e fidedigna para Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para a tomada de decisão; ações da vigilância sanitária (ANVISA, 1998; ANVISA, 2011; ANVISA, 2009; BRASIL, 1976 a,b).

2.3 MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Segundo a OMS desde 1981 psicotrópicos são definidos como substâncias que agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração, o que caracteriza a ideia de drogas que levam a dependência (OSTERLOCH et al., 1990; WHO, 1991; OMS, 1994; CARLINI, 2006; DUTRA; BARBOSA, 2009).

Todos os benzodiazepínicos quando usados por períodos de 4 a 6 semanas, levam ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. (FORSAN 2010; FRASER 1998).

Com atenção especial a que:

A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco para a mesma, tais como o uso em mulheres idosas, em poli usuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono (FORSAN, 2010; FRASER, 1998; LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

Benzodiazepínico de ação longa é aquele indicado em casos em que se desejam uma atuação por longo período de tempo e utilizado em casos de ansiedade prolongada. Apesar de o Alprazolam ser considerado um medicamento de ação intermediária, seu tempo de meia-vida é próximo ao do Bromazepam: 14 horas e 16 horas, respectivamente, com o mesmo limite de variação de 20 horas (ROMEU, JUSTINO, LIMA, 2008; SILVA et al., 2003; KOROLKOVAS, BURCKHALTER, 1988; SEBASTIÃO, 2005).

O Clonazepam é referido no meio psiquiátrico como um medicamento muito bem tolerado, de poucos efeitos adversos, com potencial de sedação importante, que atua bem em casos de ansiedade prolongada, sendo sua meia-vida de 24-36 horas (SEBASTIÃO, 2005).

O abuso de substâncias é um problema social. Uma pesquisa nacional de 1996 sobre o abuso doméstico de drogas – a fonte primária de informação estatística sobre o uso ilegal de drogas pela população americana – estimou que 13 bilhões de americanos com idade acima de 12 anos são usuários de drogas (ASHP, 1996). Um estudo sobre distúrbios psiquiátricos nos Estados Unidos demonstrou que a prevalência de desordens devidas ao abuso ou à dependência de drogas está na faixa de 5,9%. Outros estudos sugerem que a prevalência do abuso de drogas entre os profissionais de saúde é semelhante ao da população em geral (ASHP, 1996; ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004; BORGES; MELO; VIEIRA, 2008).

O abuso de substâncias também é um sério problema em ambientes de trabalho. Setenta por cento das reportagens sobre o uso ilícito de drogas apontam que um em cada 12 empregados contratados são usuários de drogas ilícitas. O uso de substâncias por empregados em organizações reduz a produtividade, aumenta as faltas e os acidentes, ou seja, as consequências afetam negativamente a eficiência, a qualidade e os custos dos serviços em sua totalidade (ASHP, 1996; CARNEIRO; GUERRA-JUNIOR; ACURCIO, 2008).

2.4 O USO DE PSICOTRÓPICOS POR POLICIAIS MILITARES

Atualmente, o consumo de drogas lícitas e ilícitas tem aumentado no mundo todo, inclusive entre as pessoas que reconhecem o poder maléfico das mesmas para a saúde e

que são responsáveis por coibir o consumo da população. O Brasil não está fora das estatísticas mundiais, pois o uso dessas substâncias aumenta a cada ano em todas as camadas sociais e tem trazido graves consequências tanto para os usuários como para a sociedade (GALDURÓZ et al., 2004; BRAY; HOURANI, 2007; MAIA et al., 2007; COSTA et al., 2010).

Sabe-se que o ser humano, ao se ver em situações de estresse, busca meios de escape diferenciados e, levando em conta que certos grupos populacionais tem, teoricamente, mais acesso a qualquer tipo de droga, alguns estudos tem sido idealizados para mapear as situações que mais contribuem para justificar o acesso e consumo das drogas e verificar o impacto deste comportamento para os indivíduos e a sociedade (VERSTRATE; PIERCE, 2001; NOTO et al., 2002; SILVA et al., 2003; OMS, 2003; NGROUND-MBONGUE, 2005; BRAY; HOURANI, 2007; CARLINI et al., 2006). Alguns trabalhos denotam a especial preocupação com o abuso de drogas nas instituições militares.

Em um estudo realizado por Costa et al., (2010) nos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia, com o intuito de levantar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas entre policiais militares do estado de Goiás, verificou-se que os padrões de uso variaram de acordo com os períodos específicos avaliados no estudo, com frequência mais elevada para as de cunho legal, como tabaco e álcool. A frequência de uso foi analisada por períodos - último mês, último ano e qualquer época da vida, utilizando-se questionário desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas aplicado diretamente a participantes voluntários. O consumo do álcool apresentou predominância em todos os períodos investigados pelo estudo, seguido pelo uso do tabaco, sendo que a prevalência encontrada para o consumo do tabaco foi inferior à observada por Maia et al. (2007). Houve também alta prevalência de uso de psicotrópicos sendo considerado fator importante com potencial influência sobre as atividades de trabalho. Corroboram com este dado os achados de Maia et al. (2007) que relatam a existência de relação entre a intensidade de estresse e o uso de psicotrópicos em sua pesquisa sobre estresse pós-traumático em unidades de elite da polícia militar do estado de Goiás.

Costa et al. (2010) chamam a atenção para o aumento anual do uso de drogas lícitas e ilícitas uma vez que podem causar sérias consequências tanto para os usuários como para a sociedade, sendo danosas para a saúde do indivíduo, podendo afetar o sistema psicomotor e provocar mudanças de comportamento. Relatam ainda uma série de estudos que demonstram prevalência e a influência negativa do abuso de drogas no exercício da profissão, em especial em corporações onde os cargos exigem constante concentração e equilíbrio

emocional. Ressaltam a importância de um controle para o uso de drogas no meio militar, no qual as atividades envolvem o uso de armas e a segurança pública.

Em sua pesquisa e extensa revisão de literatura sobre o assunto Costa et al. (2010) relatam não haver encontrado muitos trabalhos na área de pesquisa científica a respeito do uso de psicotrópicos por policiais militares no Brasil. Nessas circunstâncias, delimitam seu trabalho a uma pesquisa sobre o uso das drogas lícitas e ilícitas por parte dos policiais, a comparação com a frequência de uso das mesmas pela população brasileira em geral, e a prevalência do uso de psicotrópicos nos integrantes da força policial do estado de Goiás. O estudo aponta uma elevada taxa de uso do álcool pelos policiais (87,7%), acima da identificada a nível de Brasil (74,6%), com relato dos policiais o início precoce da ingestão de álcool – ainda na adolescência. Um dado relevante foi o da ingestão de álcool por boa parte dos indivíduos em datas próximas à pesquisa (COSTA et al., 2010)

Da mesma forma, no estudo supracitado, a taxa de uso de ansiolíticos de 6,5% foi maior que a apresentada para o Brasil como um todo (5,6%), possivelmente devido a fatores de estresse relacionados com o trabalho, considerando que a amostra em questão trata de policiais militares. Não foi encontrada relação entre o uso de psicotrópicos e a crença religiosa, bem como a comparação entre o uso de psicotrópicos e o relacionamento no local de trabalho não demonstram associação que justifique maior consumo de drogas ou alterações de humor (COSTA et al., 2010)

A problemática do uso e abuso de drogas entre militares leva em conta, principalmente, os problemas de disciplina e as perturbações graves verificadas entre eles após o uso destas substâncias, causando não apenas problemas em serviço, mas também colocando em risco sua própria saúde e segurança, bem como de seus familiares. A preocupação com o uso de drogas nas instituições militares é tão grande que Jedrzejczak e Kloczkowski (2004) na Polônia, Bray e Hourani (2007) e Lacy et al. (2008) nos Estados Unidos realizaram estudos para analisar o problema.

No Brasil os estudos de Maia et al. (2007), Dutra e Barbosa (2009) e Costa et al. (2010) são relacionados ao tema envolvendo o perfil do policial militar usuário de psicotrópico e a proporção de dispensação desta substância aos militares, seja em farmácias da corporação ou nas farmácias civis.

Segundo Dutra e Barbosa (2009) a Polícia Militar é uma instituição que, ligada ao Poder Executivo, realiza policiamento ostensivo por meio de ações repreensivas e preventivas. Em muitas situações a alta exigência nesta modalidade de serviço implica em desgastes tanto físicos quanto psicológicos. Os policiais militares estão à mercê da própria sorte quanto aos

riscos iminentes no exercício da atividade, levando-os a vivenciar um contínuo conflito emocional. A possibilidade de ter pouco ou nenhum controle nas situações de crise é constante neste tipo de atividade.

O quadro de efetivos da Polícia Militar é dividido em três: combatentes, administrativos e saúde. O quadro de combatentes e administrativos contém os Grupos de Operações Especiais, Serviço de Inteligência e Policiamento de Trânsito. Os dois primeiros estão ligados ao serviço operacional da polícia militar e os militares do Corpo de Saúde prestam um serviço de suporte aos policiais de combate (DUTRA; BARBOSA, 2009).

Muitos dos policiais militares por exercerem atividades internas nas organizações policiais, passam sua vida profissional sem efetuar um disparo de arma de fogo em serviço, tendo este contato apenas em pista de tiro. Enquanto outros policiais lotados nos grupos de atendimento de ocorrências participam dessas experiências em larga escala, ficando em contato direto com o risco de neutralizar o agressor ou ser neutralizado por este. Em média os turnos de serviço com maior nível de estresse físico e mental são os de doze horas e durante o serviço operacional são realizadas incursões e capturas a indivíduos que exigem alto nível de concentração para que o policial militar aplique sem falha, suas técnicas e como resultado, logre êxito, pois um dos bens em risco nestas incursões é a própria vida do profissional (DUTRA; BARBOZA, 2009).

No entanto, esta jornada de doze horas contínuas de trabalho é estafante, com folga de quarenta e oito horas, e acumula desgaste físico e mental no profissional a ponto de sentir-se prestes a um colapso nervoso, pois o indivíduo enfrenta um turno exigente e uma folga insuficiente para recompensar seu organismo. Esta folga, rotineiramente é reaproveitada pelo policial militar para exercer outras atividades remuneradas com objetivo de somar receitas suficientes para garantir o orçamento familiar (DUTRA; BARBOSA, 2009).

Esta constante agressão ao emocional de alguns indivíduos pode promover quadros exacerbados de ansiedade, exigindo em diversos casos, o uso de medicamentos psicotrópicos (DUTRA; BARBOSA, 2009).

3. CONCLUSÃO

O principal achado deste estudo foi o questionamento sobre qual será a real demanda de ansiolíticos por parte dos policiais militares. E para estudos futuros recomendam-se que se estude um população para entender qual é a demanda real e qual condições os medicamentos seriam tomados, se haveria acompanhamento profissional médico e/ou psicológico, se existiria a possibilidade frequente de drogadição dependendo do tempo/quantidade de uso, ou se seriam eventos passageiros, produzindo efeitos por períodos esporádicos de tempo apenas e vindo depois o sujeito a retomar uma vida sem a

necessidade de ter uma medicação como suporte para manter o equilíbrio no dia a dia.

É importante que se institua a educação voltada à saúde dentro do contexto do policial militar para oferecer ajuda, em grupos, ou individualmente, e a conscientização dos seus problemas pessoais, profissionais e sociais, construindo assim uma sociedade em equilíbrio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre a Resolução-RDC N.344 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. ANVISA, Brasília, DF, 12 Maio. 1998.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre a Resolução-RDC N.44 de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. ANVISA, Brasília, DF, 17 Ago. 2009a.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre a Resolução-RDC N.40 de 15 de julho de 2009. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº. 344, de 12 de maio de 1998. ANVISA, Brasília, DF, 15 Julho. 2009b.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dispõe sobre o boletim SNGPC em julho de 2011. O mapa interativo do consumo de ansiolíticos no Brasil. ANVISA, Brasília, DF, julho de 2011.
- ALBIERO, F. G. et al. Utilização frequente de ansiolíticos e antidepressivos, no PSF João Maria em Blumenau: O Combate pela Fisioterapia Preventiva. Revista de Fisioterapia da FURB, Blumenau, v. 2, n.1, p. 1-16, jul. 2005.
- AMADOR, F. S. Violência policial: verso e reverso do sofrimento. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.
- ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrpicos: Avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Rev. Bras. Cienc. Farm., v.40, n.4, p.471-479, 2004.
- ASHP. Statement on the pharmacist's responsibility for distribution and control of drug products. In: _____, Practice Standards of ASHP 1996-97. Defenbaugh JH, ed. Bethesda, MD: American Society of Health – System Pharmacists; 1996.
- BRASIL. Lei nº 6.360 de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF, 23 dez. 1976a..
- BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF, 22 out. 1976b.
- BRAY, R. M.; HOURANI, L. L. Substance use trends among active duty military personnel: findings from the United States Department of Defense Health Related Behavior Surveys, 1980-2005, v. 102, n. 7, p. 1092-101, Jul. 2007.
- BORGES, G.P.M.; BELO, T.; VIEIRA, J.R.S. Análise dos receituários de medicamentos psicotrpicos anorexígenos em uma rede privada de farmácia de Belém – Pará. Infarma, v.20, p.26-30, 2008.
- CARLINI, E.A. et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrpicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas psicotrpicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- COSTA, S. H. N. et al. Survey on the use of psychotropic drugs by twelve military police units in the municipalities of Goiânia and Aparecida de Goiânia, state of Goiás, Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr. v. 32, n. 4, dez. 2010.
- DUTRA, R. A.; BARBOSA, E. Uso de medicamentos ansiolíticos em policiais militares. REBESP, v. 2, n. 1, p. 2-7, 2009.
- FORSAN, M. A. O uso indiscriminado de Benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. Campos Gerais-MG, 2010.
- FRASER, A. D. Use and abuse of the benzodiazepines. Ther Drug Monit., v. 20, n. 5, p. 481-9, Oct. 1998.
- GALDURÓZ, J. C. F. et al. V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrpicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID, 2004.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Riscos da profissão. In: MINAYO, M. C. S.; Souza, E. R. (orgs). Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- JEDRZEJCZAK, M.; KLOCZKOWSKI, M. Epidemiologic trends of the intake of psychoactive agents by basic service soldiers. Przegl Epidemiol. v. 58, n. 4, p. 725-31, 2004.
- KOROLKOVAS, A.; BURCKHALTER, J. H. Química Farmacêutica. 1. Ed., São Paulo: Guanabara Koogan, 1988.
- LACY, B. W. et al. Regional methamphetamine use among U.S. Army personnel stationed in the continental United States and Hawaii: a six-year retrospective study (2000-2005) Mil Med., v. 173, n. 4, p. 353-8, 2008.
- LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de Benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A. (Ed.). Benzodiazepínicos, quadro décadas de experiência. São Paulo: Edusp, 1999.
- MAIA, D. B. et al. Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. J Affect Disord., v. 97, p. 241-5, 2007.
- NGOUNDO-MBONGUE, T.B. et al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. Pharmacoepidemiol Drug Saf., v. 14, n. 2, p. 81-9, 2005.
- NOTO, A. N. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 68-70, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Tratamiento Farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf?ua=>>. Acesso em: 08 ago. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Developing National Policies on Violence and Injury Prevention, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/policy/policy_october2003.pdf?ua=1>>. Acesso em 30 ago. 2015.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Guia de la buena prescripcion. Ginebra: OMS, 1994.
- OSTERLOCH, J.D.; BECKER, C.E. Chemical dependency and drug testing in the workplace. West. J. Med., San Francisco, v.152, n.5, p.506-513,1990.
- PATROCINIO, M. C. C.; SOUZA, E. M. C. D. Fatores psicossociais na gênese de atos agressivos de policiais militares, In: SAMPAIO, J. R. (Org.). Qualidade de vida no trabalho e psicologia social. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- POLICIA MILITAR DO ESTADO DE GOIAS – PMGO. Lei estadual N. 8.033 de 02 de Dezembro de 1975. Dispõe sobre o estatuto dos policiais militares do estado de Goiás e dá outras providências. 02 de dez. Goiânia. GO.
- POLICIA MILITAR DO ESTADO DE GOIAS – PMGO. Lei estadual N. 15.704 de 20 de Junho de 2006. Dispõe sobre o estatuto dos policiais militares do estado de Goiás e dá outras providências. 20 de jun. Goiânia. GO.
- POLICIA MILITAR DO ESTADO DE GOIAS – PMGO. Dispõe sobre o histórico da polícia militar do estado de Goiás. 13 de Fevereiro de 2014. Goiânia. GO. Disponível em: <<http://www.pm.go.gov.br/Portal1/index.php?link=2&idc=75156>>>. Acesso em: 30 ago. 2015.
- REISS Jr., A.J. e ROTH, J.A. (eds). Understanding and preventing violence. Panel on the understanding and controlo f violent behavior, Committee on Law and Justice. Commission Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington DC, National Academy Press, 1993.
- ROMEU, G. A.; JUSTINO, P. F. C.; LIMA, A. M. A. Perfil da prescrição e dispensação de fármacos anorexígenos em fortaleza – CE. Infarma, v. 20 p. 32-37, 2008.
- SEBASTIÃO, E. C. O. Intervenção Farmacêutica na qualidade assistencial e nas reações adversas da amitriptilina prescrita para pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto (SP). 2005.
- SILVA, O. A. et al. Drug use by truck drivers in Brazil. Drugs Educ Prev Pol., v. 10, n. 2, p. 135-9, 2003.
- SOUZA, Z. P. Legislação farmacêutica. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. Ciências farmacêuticas - uma abordagem hospitalar. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- USPDI. Drug Information for the health care professional. 20.ed. Englewood: Micromedex, 2000.
- VERSTRAETE, A. G.; PIERCE, A. Workplace drug testing in Europe. Forensic Sci Int., v. 121, n. 1, p. 2-6, 2001.
- VIANNA, N.; A inspeção do Trabalho e a Violência nas Relações de Trabalho. In: Silva, José Fernando; Lima, Ricardo Barbosa de e Rosso, Sadi Dal (Organizadores). Violência e Trabalho no Brasil. Goiânia: Editora da Universidade Federal de Goiânia; Brasília: Movimento Nacional de Direitos Humanos, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Drug utilization studies, methods and uses. Copenhagen: WHO, 1991.

SÍNDROME METABÓLICA NOS PROFISSIONAIS DAS FORÇAS ARMADAS E DA SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL: UMA REVISÃO

METABOLIC SYNDROME IN THE PROFESSIONALS OF THE ARMED FORCE AND PUBLIC SECURITY IN BRAZIL: A REVIEW

SUZY DARLEN S. DE ALMEIDA¹, ODECENI VIEIRA DE SOUZA² E WALDEMAR NAVES DO AMARAL³

RESUMO

OBJETIVO: Realizar revisão bibliográfica sobre a síndrome metabólica (SM) nos profissionais das forças armadas e da segurança pública no Brasil.

METODOLOGIA: Revisão bibliográfica nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, PubMed BASICS e Scielo, com critérios de inclusão: textos em português, inglês e espanhol; sem limite de período de publicação; e combinações de palavras/termos dos DeCS: síndrome metabólica (SM), militar, militares, policial/policiais, polícia, bombeiro e agentes penitenciários.

RESULTADOS: Selecionou-se 6 trabalhos, obtendo 16,5% a 35,2%, em ambos os sexos para a prevalência da SM, e 14% a 38,5% em homens, sendo o policial militar (PM) a maior prevalência, independente do critério adotado. Os estudos que adotaram o IDF, apontaram os militares masculinos da marinha com o menor índice (17,6%), enquanto os PM, o maior (34,2%). Já o NCEP e o NCEP revisado, também apontaram uma maior prevalência para os PM, 24,6% e 38,5%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os profissionais das forças armadas e da segurança pública apresentaram uma variação entre 16,5% e 35,2% em ambos os sexos, e 14% e 38,5% em homens, sendo a categoria de maior prevalência a do policial militar. Diante os poucos estudos publicados, é eminente a necessidade de mais estudos nesta população, principalmente nas profissionais femininas.

PALAVRAS CHAVES: FATORES DE RISCO, SÍNDROME METABÓLICA, POLICIAIS MILITARES, EPIDEMIOLOGIA E POLÍCIA.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Perform a bibliographic review of the metabolic syndrome (SM) between professions of the Armed Forces and public security in Brazil.

METHODOLOGY: Bibliographic review in the data bases: LILACS, MEDLINE, PubMed BASICS e Scielo, using as criteria for the inclusion: texts in Portuguese, English and Spanish; without considering a time limit in the publication; and a combination of words and terms of descriptors in health sciences: metabolic syndrome (MS), military, police, police man, firefighters and penitentiary agents.

RESULTS: In the selection, 6 works were chosen, in which 16,5% to 35,2% in both genders of the SM, and 14% to 38,5%, with the highest prevalence in the military police (MP), without depending on the used criteria. The studies that adopted the IDF, indicate the male marine military (17,6%) with the lowest in the index, and the military police, the highest (34,2%). As the NCEP and revised NCEP, they also indicate a higher prevalence to the PM (PM), 24,6% and 38,5%.

FINAL CONSIDERATIONS: The professionals of the Armed Force and Public Security has varied between 16,5% and 35,2% in both genders and 14% and 38,5% in men, being the highest prevalence in military police. Towards the few published studies, is imminent the need for more studies in this population, particularly in women.

KEYWORDS: RISK FACTORS, METABOLIC SYNDROME, MILITARY POLICE, EPIDEMIOLOGY AND POLICE.

1 - Nutricionista pela FANUT/UFG e Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ FM/ UFG.

2 - Licenciada em Biologia/PUC GO e Especialista Tecnologia Aplicada ao Ensino de Biologia/UFG.

3 - Médico ginecologista-obstetra/ Phd – Tenente Coronel da Polícia Militar do Estado de Goiás.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é indicativo da consequência de maus hábitos alimentares e estilo de vida da população. Colaborando fortemente para as mudanças no perfil epidemiológico, as quais se popularizaram em todo o mundo, a partir da segunda metade do século XX (CARMO; BARRETO; SILVA, 2003), caracterizando a transição nutricional (MONTEIRO, 2000).

Estima-se que essas doenças são responsáveis por 63% das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, e ainda espera-se um aumento de aproximadamente 15% no número de mortes globais até 2020 (MALTA, 2010; MONTEIRO, 2000), estando relacionada a uma mortalidade geral de aproximadamente duas vezes maior que na população normal, e mortalidade cardiovascular três vezes maior (BRANDÃO et al., 2005).

Reaven, no final da década de 80, observou que a hipertensão, as alterações na glicose e nas lipidemias, além de estarem associadas à obesidade, ainda estavam interligadas por um elo em comum, chamado resistência insulínica, denominada como, "Síndrome X" (REAVEN, 1988; STAMLER, 1993). Atualmente, é chamada de Síndrome Metabólica (SM) e é valorizada pela constatação de sua maior associação com o aumento da morbimortalidade por todas as causas e, principalmente, por doenças cardiovasculares (DVC) (BRANDÃO et al., 2005).

Contudo, evidências sugerem que a SM não é limitada somente à estes fatores mencionados, mas também a disfunção endotelial, hipercoagulabilidade, o estresse crônico e os processos de inflamação, todos susceptíveis a interações da genética e dos fatores ambientais (KASTORINI et al., 2016).

Desta forma, a SM ganha importância por ser considerada um transtorno complexo, e tem sido alvo de crescente preocupação em todo o mundo (BRANDÃO et al., 2005), principalmente no trabalho (BELTRÃO; PENA, 2013). Visto que a progressão epidêmica da SM pode ser explicada pela interferência decorrente das mudanças ambientais e do estilo de vida moderno, dentre os quais destacam-se os existentes no ambiente do trabalho ((BELTRÃO; PENA, 2013).

Os trabalhadores que realizam atividades de defesa e de segurança atuam em situações limites e ainda enfrentam situações de precariedades inerentes ao serviço desempenhado, gerando uma sobrecarga de trabalho (CAVEDON, 2014). Gerando uma exigência sobre sua saúde e desempenho físico (MARCELINO et al., 2000; GOULART, 2009). Assim, espera-se que estes profissionais tenham uma melhor performance no sentido amplo de sua saúde para a realização de suas funções de forma esperada.

Entretanto, há na literatura científica situações de precariedade e vulnerabilidade da qualidade de vida destes profissio-

nais, principalmente em doenças crônicas. Alguns autores tem evidenciado um perfil aumentado das DCNT (REIS, 2009; JESUS; ALMEIDA, 2011; PADRÃO; COLA; PAIXÃO, 2012), e em específico SM (COSTA et al., 2011; BRAGA FILHO; D'OLIVEIRA JÚNIOR, 2014; LEITE; ANCHIETA, 2014).

Neste enfoque Cavagioni e colaboradores Cavagioni et al. (2008), salientam a necessidade da realização de estudos investigativos para gerar subsídios e obter informações para propiciar o planejamento de metas e/ou ações que possibilitem alterações no perfil metabólico. E assim, proporcionar uma melhor qualidade de vida que, conseqüentemente contribuirá para um melhor desempenho da atividade e proporcionar segurança para a sociedade com qualidade.

Neste contexto, considerando a busca por informações sobre a morbimortalidade que afetam o profissional de segurança e seus fatores potencializadores (aspectos biológicos, socioeconômicos, psicológicos, demográficos e fisiológicos); importância crescente na saúde pública, principalmente associados aos impactos que envolvem as questões relacionadas ao trabalho; os poucos estudos na literatura científica sobre esta temática no policial/militar; as situações laborais específicas que estes sujeitos enfrentam no desempenho de suas funções; e por fim, a busca por uma melhor qualidade de vida destes profissionais (OLIVEIRA; SOUZA; LIMMA, 2006), pretende-se realizar uma revisão bibliográfica sobre a síndrome metabólica (SM) nos profissionais das forças armadas e da segurança pública no Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo revisão bibliográfica da literatura abordando sobre a SM entre os profissionais de profissionais das forças armadas e da segurança pública no Brasil, realizado durante o período de outubro a dezembro de 2015.

Na busca deste tema, inicialmente, identificou-se que o sujeito, em particular os profissionais das forças armadas e da segurança pública no Brasil, com funções diferenciadas mas de atividades laborais específicas muito semelhantes entre si, possuíam termos indexadores diferentes em alguns estudos, porém referenciando o mesmo sujeito. Por conseguinte, com o propósito de definir o sujeito a ser estudado, buscou-se os sinônimos para os termos policial e militar, e suas definições nos idiomas: português, espanhol e inglês.

Compreendeu-se que o conjunto substancial de definições foi a base para considerar que devido a peculiaridade do setor de segurança e pela exigência de um desempenho psicofísico diferenciado para o desempenho de suas atividades, os sujeitos a serem estudados seriam aqueles que limitavam-se a policiais, militares e agentes, nos seus diferentes segmentos. Assim, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram

organizados a partir desta compreensão em português e nas línguas estrangeiras - inglês e espanhol, respectivamente: polícia, police e policía; polícia judiciária, civil police e policía judicial; medicina militar, military medicine e medicina militar; militares, military personnel e personal military, bem como o bombeiro, firefighters e bomberos.

Diante a definição do sujeito, coube então estipular que todos os critérios de pontos de corte para o diagnóstico da SM, utilizados nos estudos, seriam selecionados. Diante as poucas pesquisas realizadas e publicadas.

Os estudos foram localizados nas principais fontes de informação de bases de dados, sem limite do período de busca: LILACS - Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde, PubMed BASICS e Scielo – Scientific Electronic Library Online. E para tanto, foram utilizadas combinações de palavras/termos nomeadas conforme a indexação dos DeCS: síndrome metabólica, militar, militares, policial, policiais, polícia, bombeiro e agentes penitenciários, bem como, seus respectivos termos na línguas estrangeiras: espanhol e inglês, que foram definidos de acordo com a SM e os sujeitos.

Nesta busca, não foram utilizados o termo prevalência, por refletir numa busca limitada nas bases de dados, resultando em nenhum artigo encontrado.

Foram incluídas publicações em português, inglês e espanhol; Sujeitos – policiais e militares, e seus segmentos; Tipo de estudo – epidemiológico descritivo da prevalência da SM. E, excluídos os que não obedeceram aos critérios de inclusão; Tipo de estudo de revisão, carta, comentário ou revisão; estudos repetidos; estudos não-publicados;

Os seguintes dados foram coletados:

a) Publicação: autores, tipo de publicação; ano de publicação;

b) População: tamanho da amostra, tipos de participantes, idade, sexo e local (região/cidade/estado)

c) Prevalência da SM; fatores de risco para ou componentes independentes para SM; IMC; fumantes e atividade física.

Todos os estudos identificados foram avaliados quanto a possibilidade de ser selecionado ou não, caracterizando amostra por conveniência.

RESULTADOS

Foram inicialmente localizados 101 estudos, e após a leitura dos títulos e resumos/abstracts foram excluídos 92, por não referirem à prevalência de SM em profissionais das forças armadas e da segurança pública no Brasil, perfazendo 9 estudos. Deste total, foram excluídos três artigos, embora atendessem aos critérios de inclusão desta pesquisa, não apresentaram em seus resultados taxa de prevalência da SM dos sujeitos pesqui-

sados (PONTES; SOUSA, 2009; RODRIGUES; NICOLATO; VILELA, 2012; FERREIRA; MENEZES; DIAS, 2012).

Assim, foram selecionados 6 trabalhos (Tabela 01), a maioria do Nordeste do país – Bahia (BRAGA FILHO; D'OLIVEIRA JÚNIOR, 2014), Rio Grande do Norte (Costa et al., 2011), Paraíba (LUCENA, 2014), e os outros, Distrito Federal (LEITE; ANCHIETA, 2014) e Paraná (OLIVEIRA, 2009); um estudo (SILVA, 2013) não citou o local, porém relata que sua população era do total de efetivos do exército, podendo advir de várias regiões do país, uma vez que há militares em todo o Brasil.

Em relação aos sujeitos, grande parte são advindos do segmento militar: exército (SILVA, 2013), marinha (COSTA et al., 2011), polícia militar (PM) (LUCENA, 2014; BRAGA FILHO; D'OLIVEIRA, 2014; OLIVEIRA, 2009), bombeiro militar (BM) (LUCENA, 2014) e somente um estudo com policial civil (LEITE; ANCHIETA, 2014) (Tabela 1).

Profissionais do sistema de defesa nacional e de segurança pública do Brasil, conforme é estabelecido pela Constituição Federal do Brasil, são aqueles pertencentes *as forças armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica) e *a segurança pública - polícia federal (polícia federal e a polícia federal científica, polícia rodoviária federal e polícia ferroviária federal), força nacional de segurança pública, polícias civis, polícias militares e corpos de bombeiros militares, bem como *aqueles com atividades aliadas e conexas ao sistema de segurança pública: os agentes e guardas dos sistemas penitenciários e prisionais, os agentes e guardas portuários, as guardas municipais, os integrantes de outros órgãos e entidades estatais, cujas atividades regulamentares sejam análogas e envolvam risco de vida (BRASIL, 1988).

Os estudos selecionados utilizaram vários critérios para o diagnóstico da SM (Figura 01) - International Diabetes Federation (IDF), National Cholesterol Education Program (NCEP), NCEP revisado (NCEP ver) e Joint Interim Statement (JIS) - dificultando a comparação entre os resultados e obtendo uma grande variação dos mesmos: 14 a 38,5% (LEITE; ANCHIETA, 2014; OLIVEIRA, 2009; SILVA, 2013; COSTA et al., 2011; LUCENA, 2014; BRAGA FILHO; D'OLIVEIRA JÚNIOR, 2014).

A Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica recomenda a definição do NCEP, por ser um método mais fácil e simples de utilizar. Entretanto, esta indicação é questionada quanto aos pontos de corte estabelecidos para a circunferência abdominal, 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, por não se adequar as populações de diferentes etnias (BRANDÃO et al., 2005).

Já IDF adotou os mesmos componentes da NCEP, mas considerou a obesidade abdominal como fator de diferença de risco quanto a etnia populacional, sendo este um fator condicionante para classificar a SM. Desta forma, há percepção de maiores resultados para a prevalência quando comparados ao

TABELA 1. Critérios do NCEP, IDF e NCEP revisado para diagnóstico de Síndrome Metabólica

	NCEP (2001)	IDF (2005)	NCEP revisado por AHA-NHLBI (2005)	JIS (2009)
Critérios fixos	Nenhum	Perímetro abdominal aumentado (população específica)	Nenhum	Nenhum
Critérios adicionais	No mínimo três dentre os abaixo	Critério fixo e no mínimo dois dentre os abaixo	No mínimo três dentre os abaixo	No mínimo três dentre os abaixo
Circunferência abdominal	≥ 102 cm em homens e ≥ 88 cm em mulheres	≥ 94 cm em homens asiáticos e ≥ 80 cm em homens europeus, ≥ 90 cm mulheres	≥ 102 cm em homens e ≥ 88 cm em mulheres	≥ 94 cm em homens europeus ≥ 90 cm em homens asiáticos e ≥ 80 cm em mulheres
Glicose plasmática	≥ 110 mg/dL	≥ 100 mg/dL ou diagnóstico prévio de diabetes	≥ 100 mg/dL ou faz uso de medicamento	≥ 100 mg/dL ou faz uso de medicamento
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL	≥ 150 mg/dL ou tratamento para dislipidemia	≥ 150 mg/dL	≥ 150 mg/dL
HDL	< 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres	< 40 mg/dL em homens ou < 50 mg/dL em mulheres ou tratamento para dislipidemia	< 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres	< 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres
Pressão Arterial	Pressão sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg	Pressão sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg ou tratamento para hipertensão arterial	Pressão sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg ou faz uso de medicamento	Pressão sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg ou faz uso de medicamento

Legenda:

IDF: International Diabetes Federation;

NCEP: National Cholesterol Education Program;

NCEP revisado: NCEP pelo American Heart Association e o International Heart, Lung and Blood Institute (AHA-IHLBI)

HDL: High Density Lipoprotein (lipoproteína de alta densidade)

Fonte adaptado de:

GRUNDY, S. M. et al. *Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Circulation*, v. 112, n. 17, p. 2735-52, Oct 25 2005.ALBERTI, K. G. et al. *Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. Circulation*, v. 120, n. 16, p. 1640-5, Oct 20 2009.

NCEP (NAKAZONE et al., 2007; FORD, 2005). Contudo, faz-se necessário evidenciar que a equivalência de padrões antropométricos conforme a etnia, vem sendo apontada como possível fator causador de viés (SAELY et al., 2006; MISRA; WASIR; VIKRAM, 2005).

A American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute (AHA/NHLBI), propôs a utilização do critério do NCEP de forma modificado. Devido a sua maior simplicidade na aplicação e por não enfatizar uma única etiologia para a SM, porém preconiza uma alteração do ponto de corte da glicemia de jejum de 110 mg/dL para 100 mg/dL, denominado NCEP modificado, mas geralmente também chamado de revisado (NCEP rev) (GRUNDY et al., 2005).

Já a definição de Joint Interim Statement (JIS), sugerida pelo grupo de representantes do IDF e da AHA/NHLBI, foi criada com o intuito de juntar os critérios mais utilizados para definir a SM, onde não há critérios fixos na definição da mesma, porém

a circunferência abdominal por grupos étnicos (proposta pelo IDF) permaneceu como ponto de corte para fator de risco da SM (ALBERTI, 2009).

A definição mais empregada no Brasil é da NCEP rev, sendo que a medida do ponto de corte para circunferência abdominal adotada é de 94 cm, a mesma da população europeia (SILVA, 2013). Em contrapartida, Braga Filho e D'Oliveira (2015) referiram que devido a miscigenação de raças no Brasil, principal característica da população brasileira, por si só, justificaria a utilização do NCEP ver.

Quanto aos estudos que adotaram o IDF, o menor índice foi encontrado em Costa et al. (2011), ao estudar marinheiros masculinos 17,6%, seguido dos estudos, em sujeitos de ambos os sexos: Lucena (2014) em BM 24,3%, Silva (2013) 22,2% e Leite e Anchieta (2014) no policial civil 16,5%. Lucena (2014) também estudou PM e encontrou o maior índice deste grupo 35,2%. São estudos que se diferenciaram quanto aos pontos

Tabela 01 - Principais características dos estudos sobre a síndrome metabólica entre profissionais das forças armadas e da segurança pública no Brasil

Autores	Publicação	Local	Critérios	Sujeito	Amostra (n)	Idade (anos) Média/ Intervalo	Prevalência (%)			Fatores de risco para a SM (%)					
							T	M	F	PA	TG	CA	GLI	HDL	
Costa et al.	Arq Bras Cardiol 2011	Grande Natal/RN	IDF/90	MM	1383 (M)	30,7±10,4 (18-62)	17,6			26,3	19,3	34,6	6,6	43,1	
Lucena	TCC Graduação 2014	Campina Grande/PB	IDF/90	PM	142 (136/6)	(24-66)	35	NI	NI	21,1	45,7	70	28,8	30,2	
				BM	74 (69/5)	(24-49)	24	NI	NI	15	21,6	48,6	21,6	34	
Leite e Ancheita Oliveira	Brasília Med 2013 Tese 2009	Distrito Federal Oeste do Paraná	IDF/94	PC	1927 (1433/494)	(35-50)	17	16	19	NI	NI	NI	NI	NI	
				PM	280 (M)	35,9±6,1 (21-50)				24,6	48,2	39,2	13,6	3,2	60,7
Braga Filho e D'Oliveira	Am J Men's Health 2015	Bahia	NCEPr	PM	452 (M)	45,8±2,2				38,5	55,8	50,9	31,8	30,5	
Silva	Dissertação 2013	NI	NCEP	ME	1573 (M)	(35-49)				14	NI	NI	NI	NI	
										19,8	NI	NI	NI	NI	NI
										22,2	NI	NI	NI	NI	NI
										26,9	NI	NI	NI	NI	NI

Legenda:

SM = Síndrome metabólica, TCC = Trabalho de conclusão de curso, NI = Não identificado, PM = Polícia Militar, PC = Polícia Civil, BM = Bombeiro Militar, ME = Militar do Exército, MM = Militar da Marinha, T= total; M = masculino, F = feminino, PA = Pressão Arterial, TG = Triglicerídeos, CA = Circunferência Abdominal, GLI = Glicose e HDL (high density lipoprotein) = Lipoproteína de alta densidade.

IDF/90: International Diabetes Federation indivíduos com o ponto de corte fixo, o perímetro abdominal aumentado (população específica), neste caso, ≥ 90 cm (M) ou ≥ 80 cm (F); e mais de dois componentes: TG > 150 mg/dL, HDL-C ≤ 40 mg/dL (M) ou ≤ 50 mg/dL (F); PA $\geq 130/85$ mmHg; glicose em jejum ≥ 100 mg/dL e ou DM2.

IDF/94: mesmos critérios do IDF com excessão do ponto de corte para o perímetro abdominal - população específica, ≥ 94 cm (M) ou ≥ 80 cm (F).

NCEP - Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults - indivíduos que apresentaram mais de três componentes com ponto de corte: perímetro abdominal aumentado ≥ 102 cm (M) ou ≥ 88 cm (F), triglicerídeos > 150 mg/dL, HDL-C ≤ 40 mg/dL (M) ou ≤ 50 mg/dL (F), PA $\geq 130/85$ mmHg e glicose ≥ 110 mg/dL (inclui DM2).

NCEPr - NCEP modificado pela American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute no ponto de corte da glicose ≥ 100 mg/dL (inclui DM2).

JIS - International Heart, Lung and Blood Institute

Observação:

1. Autor cita na introdução o critério IDF, porém não descreve o critério utilizado.
2. Autores citaram somatórias de dois ou mais componentes para o diagnóstico da SM, não diferenciando acima de três componentes.
3. Autores citam o IDF, mas os valores alterados dos componentes para a identificação da SM indicam o NCEP.

de corte para a avaliação da circunferência abdominal (CA), o primeiro e o segundo utilizaram a medida menor ou igual a 90 cm e o terceiro, 94 cm.

Já em relação a idade, Leite e Anchieta obtiveram maior média de idade que a apresentada por Costa et al. (2011), e Lucena (2014) e Silva (2013) não expressaram a idade em média, mas sim em intervalo, sendo o maior para o grupo dos PM e o menor intervalo de idade para os bombeiros e militares do exércitos.

Quanto as características dos grupos estudados, o menor índice encontrado para sedentários foi 8,9% Costa et al. (2011) entre os militares da marinha, e o maior 44,3% para os PM (LUCENA, 2014). Quanto ao percentuais de tabagismo, valores muito próximos para os percentuais de tabagistas, estão entre militares da marinha 9,7% (COSTA et al., 2011) e policiais militares 8,4% (LUCENA, 2014). E quanto ao sedentarismo foram encontrados os maiores índices para os policiais militares,

44,3% (LUCENA, 2014), que da mesma forma apresentaram excesso de peso (≥ 25 Kg/m²), 81%.

É necessário evidenciar que os estudos de Braga Filho e D'Oliveira Júnior (2014) e Oliveira (2009) encontraram prevalência da SM em policiais militares masculinos de, respectivamente, 38,5% utilizando o NCEP revisado, em sujeitos do Estado da Bahia, e 24,6% adotando o NCEP para avaliarem indivíduos do Paraná. Estes resultados parecem ser justificados pelo total de servidores acima do peso (≥ 25 Kg/m²), respectivamente, 72,54% e 65,4%.

Quanto aos componentes individuais que definem a SM, cada estudo apresentou um perfil para a SM, estando entre os mais prevalentes a CA, PA (pressão arterial) e lipoproteína de alta densidade (HDL).

Estas variações podem ser explicadas pelas diferenças metodológicas e por variáveis de faixa etária, tempo de serviço na polícia, ocupação em postos mais altos, fumo, variações

geográficas, maior nível de adversidade dos componentes e maior média de componentes para a SM (HARTLEY, 2011). Em contrapartida, mesmo diante todas estas variações, os resultados encontrados refletem uma maior prevalência para a SM entre os profissionais de segurança pública, principalmente nos policiais militares, independente do critério adotado.

Aliados a estas variações existem os fatores potencializadores da SM peculiares a profissão, podendo refletir no desempenho de suas atividades e atingir servidores em fase próxima à aposentadoria com grande impacto na qualidade de vida nessa fase da vida (LEITE; ANCHIETA, 2013). Esses profissionais enfrentam situações que podem levar ao desgaste físico e mental devido a períodos de intenso estresse, jornadas de trabalho longas, dificuldades em manter uma alimentação saudável, prática irregular de exercícios físicos, dentre outros. Como resultado, demanda atividades assistenciais peculiares aos seus riscos ocupacionais e o acompanhamento de seu estado de saúde (CARVALHO et al., 2007; GOULART, 2009).

Todavia, é perceptível a necessidade de mais estudos voltados para estes sujeitos, uma vez que não há na literatura pesquisada artigos referenciando servidores de segurança pública de ambos os sexos, principalmente em mulheres. Consistindo este, um fator limitante do estudo, principalmente para a policial feminina.

Diante o contexto explorado, fica evidente a importância da implementação de intervenções, com o objetivo de reduzir ou prevenir os fatores de risco e a ocorrência de tais agravos em servidores de segurança pública, bem como um sistema de vigilância. A prevenção dos fatores de riscos associados à SM deve ser visto como uma atenção especial nas instituições, e para tanto programas devem ser implantados ou implementados para a promoção, proteção e apoio a esses trabalhadores que, em médio e em longo prazo, proporcionem melhores condições de trabalho e de vida (BELTRÃO; PENA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante os poucos estudo encontrados, percebe-se que o Brasil carece de pesquisas que estimem a prevalência da SM, e seus componentes independentes nos profissionais das forças armadas e da segurança pública, principalmente naqueles do no sexo feminino. E, apesar das diferenças metodológicas e da falta de um consenso no diagnóstico da SM, o presente estudo identificou uma variação da SM entre os profissionais das forças armadas e da segurança pública, 16,5% e 35,2% em ambos os sexos, e 14% e 38,5% em homens, respectivamente, sendo a categoria de maior prevalência a do policial militar.

Estes percentuais traduzem a necessidade de uma maior atenção no planejamento de mais estudos nesta população, principalmente nas profissionais femininas, que por consequência,

produzem resultados para subsidiar ações voltadas para a atenção primária e secundária nos fatores de riscos para as DCNT. E assim, intervir para uma melhor qualidade de vida destes profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, K.G.M.M.; ECKEL, R.H.; GRUNDY, S.M.; ZIMMET, P.Z.Z.; CL- EEMAN, J.I.; DONATO, K.A.; FRUCHART, J.C.; JAMES, W.P.T.; LORIA, C.M.; SMITH, S.C. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, v.120, n.16, p.1640-1645, 2009.
- BELTRÃO, F.L.L.; PENA, P.G.P. Associação entre Síndrome Metabólica e Saúde no Trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 3-18, 2013.
- BRAGA FILHO, R.; D'OLIVEIRA, A. The prevalence of metabolic syndrome among soldiers of the military police of BAHIA state, Brazil. *American Journal Mens Health*, New Orleans, v.8, n. 4, p. 310-5, 2014.
- BRANDÃO, A.P.; BRANDÃO, A.A.; NOGUEIRA, A.R.; SUPPLY, H.; GUIMARÃES, J.I.; OLIVEIRA, J.E.P. / Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 84, p. 3-28, 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- CARMO, E.H.; BARRETO, M.L.; SILVA, J.R. Jarbas Barbosa da. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília-DF, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003.
- CARVALHO, L.N.; CAPISTRANO, R.D.S.; NOBRE, G.C.; FILHO, J.F. Níveis de composição corporal e risco cardíaco por perimetria de bombeiros militares na região do cariri cearense. In: CONGRESSO CIENTÍFICO NORTE-NORDESTE, 2007, Florianópolis. Anais. Congresso Nacional de Atividade Física, Fisioterapia, 2007.
- CAVAGIONI, L.C.; BENSENOR, I.M.; HALPERN, A.P.; PIERIN, A.M.G. Síndrome metabólica em motoristas profissionais de transporte de cargas da rodovia BR-116 no trecho Paulista-Régis Bittencourt. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 1015-1023, 2008.
- CAVEDON, N.R. A qualidade de vida no trabalho na área da Segurança Pública: uma perspectiva diacrônica das percepções olfativas e suas implicações na saúde dos servidores. *Revista O&S* 2014; 21 (68):119-136.
- COSTA, F.F.C.; MONTENEGRO, V.B.; LOPES, T.J.A.; COSTA, E.C. Combinação de Fatores de Risco Relacionados à Síndrome Metabólica em Militares da Marinha do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 97, n. 6, p. 485-492, 2011.
- FERREIRA, R.E.B.; MENEZES, L.C.; DIAS, J.C. Relação da prevalência de atividade física com variáveis psicológicas e componentes da síndrome metabólica em agentes penitenciários de Belo Horizontes-MG. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 57-63, 2012.
- FORD, E.S.; GILWA, W.H.; DIETZ, W.H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 287, n. 3, p. 356-359, 2002.
- GOULART, R.P. Nível de atividade física habitual e hábitos de lazer de bombeiros militares de Florianópolis. 2009. 51 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Ciências da Saúde e do Esporte) – Curso Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- GRUNDY, S.M.; CLEEMAN, J.I.; DANIELS, S.R.; DONATO, K.A.; ECKEL, R.H.; FRANKLIN, B.A.; et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*, v. 112, p. 2735-2752, 2005.
- HARTLEY, T.A.; SHANKAR, A.; FEKEDULEGN, D.; VIOLANTI, J.M.; ANDREW, M.E.; KNOX, S.S.; BURCHFIELD, C.M. Metabolic syndrome and carotid intima media thickness in urban police officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 53, n. 5, p. 553-561, 2011.
- JESUS, G.M.; ALMEIDA, E.F.J.; MOTA, N.M. Excesso de peso em policiais militares de feira de Santana, Bahia. In: 17º CONGRESSO BRASILEIRO

- DE CIÊNCIAS DO ESPORTE E 4º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2011, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: Sociedade brasileira de Ciências do Esporte, 2011. 1 CD-ROM.
- KASTORINI, C.M.; PANAGIOTAKOS, D.B.; CHRYSOHOOU, C.; GEORGUSOPOULOU, E.; PITARAKI, E.; PUDDU, P.E.; TOUSOULIS, D.; STEFANADIS, C.; PITSAVOS, C. Metabolic syndrome, adherence to the Mediterranean diet and 10-year cardiovascular disease incidence: The ATTICA study. *Atherosclerosis*, v. 246, p. 87-93, 2016.
- LEITE, E.; ANCHIETA, V.C. Identificação de síndrome metabólica em policiais civis do Distrito Federal, Brasil / Identification of metabolic syndrome in civil police officers in the Federal District of Brazil. *Brasília médica*, v. 50, n. 3, p. 186-193, 2014.
- LUCENA, M.M. Risco cardiovascular em policiais e bombeiros militares de Campina Grande – PB. 2014. 35 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) Curso de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba 2014.
- MALTA, M.; CARDOSO, L.O.; BASTOS, F.I.; MAGNANINI, M.M.; SILVA, C.M. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saude Publica*, v. 44, p. 559-565, 2010.
- MARCELINO, C.; SIMÃO, R.; GUIMARÃES, R.; SALLES, B.F.; SPINETI, J. Correlação entre as capacidades físicas básicas e o índice de capacidade de trabalho em bombeiros do estado do Rio de Janeiro. *Revista de Educação Física*, v. 144, n. 1, p. 36-44, 2000.
- MISRA, A.; WASIR, J.S.; VIKRAM, N.K. Waist circumference criteria for the diagnosis of abdominal obesity are not applicable uniformly to all populations and ethnic groups. *Nutrition*, v. 21, n. 9, p. 969-976, 2005.
- MONTEIRO, C.A. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec Nuupens-USP, 2000. 431p.
- NAKAZONE MA, PINHEIRO A, BRAILE MC, PINHEL MA, DE SOUSA GF, PINHEIRO SJR, BRANDÃO AC, TOLEDO JCY, BRAILE DM, SOUZA DRS. Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos brasileiros pelos critérios de NCEP-ATPIII e IDF. *Revista da Associação de Médicos Brasileiros*, v. 53, n. 5, 407-413, 2007.
- OLIVEIRA, A.F. Nutrição e síndrome metabólica em policiais militares do oeste do Paraná / Nutrition and metabolic syndrome in Military Police Officers in western region of Paraná. 2009. 118 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.
- OLIVEIRA, E.P.; SOUZA, L.A.; LIMA, M.D. Prevalence of metabolic syndrome in a semi-arid rural area in Bahia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, v. 50, p. 456-465, 2006.
- PENA, P.G.P. Associação entre Síndrome Metabólica e Saúde no Trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 11, n. 1, p. 3-18, 2013.
- PONTES, L.M.; SOUSA, M.S.C. Estado nutricional e Prevalência de Síndrome Metabólica em Praticantes amadores de Futebol. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 15, n. 3, p. 185-189, 2009.
- PRANDO, J.; COLA, I.E.B.; PAIXÃO, M.P.C.P. Perfil nutricional e prática de atividade física em policiais militares em Vitória. *Revista de Saúde e Pesquisa*, v. 5, p. 320-330, 2012.
- REAVEN, G.M. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*, v. 37, n. 12, p.1595-607, 1988.
- REIS, J.J. Avaliação da composição corporal em policiais militares do 22º batalhão da polícia militar do estado de Goiás. 2009. 39 f. Dissertação de Mestrado (Pós- Graduação Ciências da Saúde)- Curso Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília 2009.
- RODRIGUES, L.; NICOLATO, M.F.M.; VILELA, M.R.S.P. Estudo da prevalência dos critérios clínicos para a síndrome metabólica em bombeiros militares de um batalhão da região centro-sul de Belo Horizontes. *e-Scientia*, v. 4, p. 31-38, 2012.
- SAELY, C.H.; KOCH, L.; SCHMID, F.; MARTE, T.; ACZEL, S.; LANGER, P., et al. Adult treatment Panel III 2001 but not International Diabetes Federation 2005 criteria of the metabolic syndrome predict clinical cardiovascular events in subjects who underwent coronary angiography. *Diabetes Care*, v. 29, n. 4, p. 901-907, 2006.
- SILVA, J.M.C. Prevalência e fatores associados à Síndrome Metabólica em Militares do Exército Brasileiro / Prevalence and factors associated with metabolic syndrome in Brazilian Army Military. 2013.77 f. (Dissertação em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- STAMLER, J. Epidemic obesity in the United States. *Archives of Internal Medicine*, v. 153, p. 1040-1044, 1993.
- VENÉRIO, O.; FERREIRA, J.S. Prevalência de doenças crônicas e seus fatores de risco em policiais militares com 10 a 20 anos de serviço em Campo Grande, MS, Brasil. *EFDeportes*, v. 16, n. 156, 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd156/doencascronicas-e-seus-fatores-de-risco.htm>

REVISTA BRASILEIRA MILITAR DE CIÊNCIAS